

ESTADO DO AMAZONAS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

**MANUAL DE NORMATIZAÇÃO DO TRATAMENTO FORA  
DO DOMICÍLIO – TFD DO ESTADO DO AMAZONAS**

MANAUS – AM  
AGOSTO / 2020

Rua Jonathas Pedrosa, 659 - Centro,  
Fone: (92) 3131-2400  
Manaus-AM-CEP 69020-320

**Secretaria de  
Saúde**



**GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS**

**WILSON MIRANDA LIMA**  
Governador do Estado do Amazonas

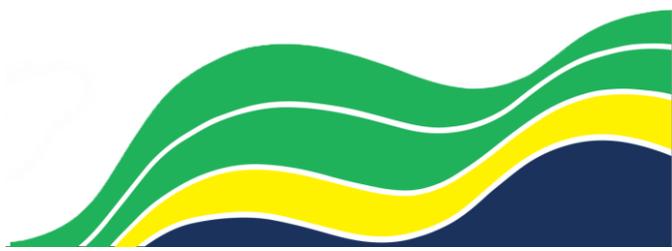
**CARLOS ALBERTO SOUZA DE ALMEIDA  
FILHO**  
Vice-Governador

**MARCELLUS JOSÉ BARROSO CAMPÊLO**  
Secretário de Estado da Saúde

**JANI KENTA IWATA**  
Secretário Executivo Adjunto de Atenção Especializada da Capital

**CÁSSIO ROBERTO DO ESPÍRITO SANTO**  
Secretário Executivo Adjunto de Atenção Especializada do Interior

**KEILA CRISTIANE BATISTA DO VALLE**  
Coordenadora Estadual de Regulação

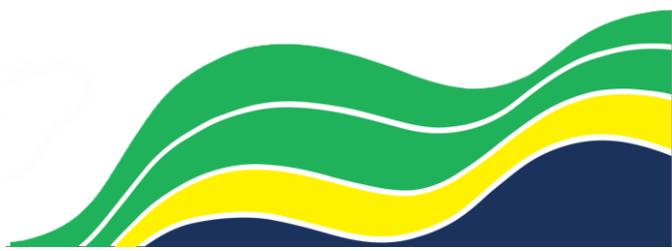


## SUMÁRIO

1 – APRESENTAÇÃO .....	5
2 – DO CONCEITO.....	6
3 – DO PEDIDO .....	6
3.1 – TFD INTRAESTADUAL .....	6
3.2 – TFD INTERESTADUAL.....	6
4 – DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA .....	7
5 – DA REGULAÇÃO/AUTORIZAÇÃO .....	8
6 – DA VEDAÇÃO (PROIBIÇÃO) DE AUTORIZAÇÃO DOS BENEFÍCIOS DO TFD .....	9
7 – FLUXOS PARA AUTORIZAÇÃO/REGULAÇÃO .....	10
7.1 – FLUXO TFD INTRAESTADUAL .....	10
7.2 – FLUXO TFD INTERESTADUAL.....	11
7.2.1 – A Comissão Autorizadora do TFD Estadual.....	13
8 – DA EMISSÃO DE PASSAGEM PARA TFD .....	13
9 – DA AJUDA DE CUSTO/AUXÍLIO FINANCEIRO .....	14
10 – DA RENOVAÇÃO / PRORROGAÇÃO DO TFD .....	14
11 – DOS PEDIDOS INDEFERIDOS .....	15
12 – DO TRATAMENTO.....	15
13 – DO AGENDAMENTO DE RETORNO .....	16
14 – DA ALTA .....	16
15 – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS.....	16
16 – DO ACOMPANHANTE .....	17
17 – DO DOADOR.....	18
18 – DAS DESPESAS .....	19
18.1 – DAS DESPESAS INTRAESTADUAIS .....	19
18.2 – DAS DESPESAS INTERESTADUAIS.....	19
18.3 – DO REEMBOLSO .....	20
18.4 – DAS DESPESAS COM ÓBITOS .....	20
19 – DO PROCESSAMENTO.....	21
20 – DA CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE – CERAC .....	21
21 – DAS COMPETÊNCIAS.....	22
21.1 – DO GESTOR ESTADUAL .....	22
21.2 – DO GESTOR MUNICIPAL .....	23
22 – CASOS EM QUE O TFD PODERÁ SER INTERROMPIDO OU CANCELADO .....	23
23 – DA RESPONSABILIDADE CIVIL .....	24
24 – DOS CASOS OMISSOS .....	24
25 – REFERÊNCIAS.....	25
26 – ANEXOS.....	27
ANEXO 1 – MODELO DO PEDIDO DE TFD INTRAESTADUAL .....	27
ANEXO 2 – MODELO DE LAUDO MÉDICO .....	29
ANEXO 3 – MODELO DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA .....	31



ANEXO 4 – MODELO DE RELATÓRIO DE ALTA / CONTRA REFERÊNCIA .....	32
ANEXO 5 – MODELO DE RELATÓRIO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS .....	32
ANEXO 6 - TABELA DO SISTEMA DE GERENCIAMENTO DE PROCEDIMENTOS - SIGTAP (MEDICAMENTOS E OPM DO SUS) .....	35



## 1. Apresentação

O Ministério da Saúde por meio da Portaria SAS/MS nº 055, de 24 de fevereiro de 1.999 (D.O.U. de 26/02/1999, em vigor desde 01/03/1999), normatiza a rotina do Tratamento Fora de Domicílio (TFD) no Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo que as despesas relativas ao deslocamento de usuários deste sistema possam ser cobradas por intermédio do Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS, observado o teto financeiro definido para cada município/estado.

O TFD visa garantir o acesso de pacientes de um município a serviços assistenciais de outro município, com base nos códigos da Tabela Unificada dos Procedimentos/SUS, conforme site: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>.

O artigo 5º da Portaria MS nº 055/1999 estabelece que as Secretarias de Estado da Saúde devem propor estratégias de gestão do TFD de acordo com a realidade de cada região. Neste contexto, visando realinhar o Manual de TFD do Amazonas, em conformidade com as novas Portarias Ministeriais e as peculiaridades atuais da rede de assistência à saúde do Estado, o Complexo Regulador, através da Gerência de TFD, elaborou nova proposta de Manual de Normatização do Tratamento Fora de Domicílio.

O Manual define as responsabilidades da Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas e das Secretarias Municipais de Saúde, traça critérios de autorização, fluxos e rotinas relativas ao Tratamento Fora de Domicílio dos usuários do SUS no estado do Amazonas.



## 2. Do Conceito

O benefício de Tratamento Fora de Domicílio, neste instrumento identificado pela sigla TFD, consiste em disponibilizar o deslocamento e a ajuda de custo (para alimentação e pernoite) para pacientes e acompanhante (quando necessário) atendidos na rede pública ou conveniada/contratada do SUS que necessitem de assistência ambulatorial e hospitalar cujo tratamento necessário seja de média ou alta complexidade e não esteja disponível (ou tenha demanda reprimida) na rede SUS local.

O TFD necessita de indicação médica das unidades assistenciais vinculadas ao SUS, e, dentre outros critérios, será autorizado apenas quando o hospital de referência de outro Estado Federado possuir o tratamento mais adequado à resolução do problema, com a possibilidade de cura total ou parcial, limitado ao período estritamente necessário e aos recursos orçamentários existentes.

De acordo o Art. 1º e § 3º da Portaria SAS/MS nº 055/99, fica vedada a autorização de TFD para acesso a outro Município para tratamentos que utilizem procedimentos assistenciais contidos no Piso da Atenção Básica – PAB.

## 3. Do Pedido

### 3.1 – TFD Intraestadual

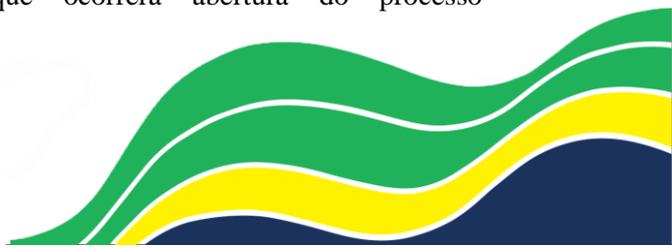
A solicitação de TFD Intraestadual (entre os municípios do Estado do Amazonas) deverá ser feita pelo médico assistente da Unidade Solicitante, da rede pública ou conveniada/contratada do SUS (do município de domicílio do paciente), por meio do preenchimento do Laudo Médico de TFD (Formulário no Anexo 2), digitado ou em letra legível, datado, carimbado e assinado. Caberá aos Médicos das Unidades Solicitantes a obrigatoriedade de preenchimento de todos os campos do Laudo do TFD.

Este Laudo (com o histórico da doença, o diagnóstico provável, os tratamentos realizados e aquele indicado para tratar o diagnóstico, a justificativa da impossibilidade de atendimento na localidade, o tipo de transporte, a necessidade de acompanhante, dentre outros) deverá ser encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde de residência do paciente, juntamente com os documentos pessoais deste usuário e de seu acompanhante (quando houver indicação).

### 3.2 – TFD Interestadual

A solicitação de TFD Interestadual (dos municípios do Amazonas para municípios de outros Estados), nos casos em que a oferta do serviço for insuficiente ou inexistente no Estado, poderá ser solicitado atendimento fora do Estado, devendo ser providenciada abertura de solicitação pela Unidade Solicitante gerando abertura de processo para TFD *Interestadual* que deverá obedecer às seguintes etapas:

- a) Pedido de TFD com: Preenchimento de laudo pelo médico assistente do paciente nas unidades de referência vinculadas ao SUS, e apresentação de documentação descritos no item “4”;
- b) A Comissão Autorizadora do TFD Estadual fará a conferência dos documentos e avaliará a solicitação. Caso esteja em conformidade com os critérios de autorização, será liberado/autorizado, momento em que ocorrerá abertura do processo



administrativo, ao setor de agendamento. Na sequência, solicitação de deslocamento e pagamento da ajuda de custo;

- c) Quando liberado/concluído, o TFD/Estadual fará as orientações necessárias para instruir o paciente/acompanhante, devendo ser assinadas as declarações pertinentes ao serviço;
- d) No caso de a solicitação estar incompleta, ou for indeferida, a mesma será devolvida, via sistema, a Unidade Solicitante, com as devidas orientações e justificativas.

Para os casos de inclusão na CNRAC, o processo deverá seguir as portarias e protocolos vigentes do Ministério da Saúde disponíveis no site <http://cnrac.datasus.gov.br/cnrac> e, com informações e documentos obrigatórios para cadastro no sistema.

Quando avaliado e autorizado pela CERAC/AM, o processo é cadastrado no sistema CNRAC/MS, sendo direcionado à Central Nacional para avaliação e encaminhamento às Unidades executantes no País.

Para procedimentos existentes no Estado, o processo será cadastrado somente após avaliação por serviço de referência na especialidade quando atestada a insuficiência e/ou indisponibilidade.

As referidas Unidades deverão encaminhar, de forma física ou digital, ao Programa Estadual de Tratamento Fora de Domicílio do Amazonas (TFD-SUSAM) o Laudo Médico de TFD (preenchido de forma legível e assinado pelo médico assistente, no qual deverá ficar caracterizado o quadro clínico do beneficiário, os tratamentos realizados e aquele indicado para tratar o diagnóstico), juntamente com as cópias dos exames diagnósticos (comprovando a situação clínica descrita e a justificativa do esgotamento das possibilidades de resolutividade no âmbito da atenção básica ou de média e alta complexidade no Município/Estado) e dos documentos pessoais do paciente e do acompanhante (quando houver indicação).

Caberá aos Médicos das Unidades Solicitantes a obrigatoriedade de preenchimento de todos os campos do Laudo de TFD, de forma legível.

Demais disso, será de responsabilidade dessas instituições o acompanhamento do *status* da solicitação do paciente, bem como as eventuais correções requeridas pelo Programa de TFD-AM para a formalização do Processo Administrativo.

Para isso, estará disponível na página oficial da Secretaria de Estado de Saúde ([www.saude.am.gov.br](http://www.saude.am.gov.br)) o link do sistema a ser acessado pelas Unidades Solicitantes para a emissão do Laudo, bem como para a realização e o acompanhamento das solicitações de TFD.

#### **4. Da Documentação Necessária**

Para formalização da solicitação de TFD, o paciente ou seu representante legal deverão apresentar os seguintes documentos:

- a) Laudo Médico de TFD, com todos os campos preenchidos, de forma legível, sem emendas ou rasuras, emitido por Médico cadastrado no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) da Unidade Solicitante (da rede pública ou conveniada/contratada do SUS do Amazonas), com especialidade na área médica de tratamento do paciente, para análise obrigatória da Secretaria Municipal de Saúde (no caso de TFD Intraestadual) ou da Comissão Autorizadora do Programa de TFD-AM (no caso de TFD Interestadual);
- b) Cópias legíveis dos Laudos de Exames e de Diagnóstico por Imagem;
- c) Cópias legíveis dos seguintes documentos pessoais do paciente e acompanhante



(quando houver indicação): **RG/Documento de identidade ou outro Documento de Identificação Oficial com Foto** (Carteira de Identidades de Órgãos de Classe/Carteira de Habilitação/ Carteira profissional, dentre outros ou Certidão de Nascimento para menores). Os pacientes que forem de origem estrangeira, que fixaram residência no Estado do Amazonas, deverão apresentar documentos legalizados, como RG ou Passaporte; **CPF** – Cadastro de Pessoa Física, inclusive para menores e recém-nascidos; **CNS** – Cartão Nacional de Saúde, inclusive para menores e recém-nascidos; **Comprovante de Residência** atualizado em nome do interessado (quando este comprovante não estiver em nome do interessado, deverá ser também apresentada Declaração de Residência (Anexo 3) e documento oficial (com assinatura e foto) do Declarante; **Comprovante de Conta Bancária Corrente ou poupança** ativa, do paciente ou acompanhante, cuja agência seja do Estado de residência;

- d) Nos casos de pacientes indígenas, aldeados ou não, que possuem Registro Administrativo de Nascimento de Indígena – RANI, cópia legível deste deverá ser anexado ao processo;

## 5. Da Regulação/Autorização

Considerando as rotinas do Tratamento Fora do Domicílio no SUS estabelecidas na Portaria SAS/MS nº 055/99, definiram-se os critérios para concessão do benefício no Estado do Amazonas:

- a) O TFD só será autorizado quando esgotados todos os meios de tratamento dentro do próprio município/região e/ou Estado;
- b) O TFD somente será prestado ao indivíduo residente no Estado do Amazonas, atendidas as exigências desta normatização;
- c) Será concedido, exclusivamente, ao paciente atendido na rede pública (ambulatorial e hospitalar) própria, conveniada ou contratada do SUS;
- d) O TFD só será autorizado quando houver garantia de atendimento pelo SUS no Município/Estado de referência, com horário e data definido previamente;
- e) Excepcionalmente, será permitido o agendamento em Hospital ou Clínica Particular desde que cadastrado/conveniado ao SUS e de que o atendimento ocorra por meio do Sistema Único de Saúde. O Hospital ou Clínica Privado nessas condições deverá comprovar que o atendimento para o procedimento solicitado será realizado exclusivamente pelo SUS;
- f) O local de tratamento do paciente será determinado pela Unidade Hospitalar de destino que ofertar a vaga, de acordo com o tratamento indicado no laudo médico;
- g) A autorização para o TFD contempla o pagamento dos deslocamentos (ida e volta) e ajuda de custo (alimentação e pernoite) ao paciente e acompanhante (quando indicado pelo médico assistente), de acordo com a disponibilidade orçamentária do Município/Estado e com base nos valores da Tabela SIGTAP;
- h) A presença do acompanhante em TFD só é justificada em caso de o paciente encontrar-se em condições clínicas que o impossibilitem de se deslocar desacompanhado. Essa justificativa deve ser realizada pelo médico assistente



do paciente. Menores de idade e maiores de 60 anos, indígena, analfabeto e deficiente estão impossibilitados de viajar sozinhos para tratamento médico. O acompanhante deverá ser pessoa da família (preferencialmente), de maior idade (entre 18 a 59 anos) e/ou responsável legal;

- i) A referência de pacientes atendidos pelo TFD *intraestadual* deve ser explicitada na Programação Pactuada e Integrada (PPI) de cada município, nos Termos de Garantia de Acesso de Média e Alta Complexidade e no Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) quando implementado;
- j) Em situações de urgência e emergência, o paciente deverá ser atendido nas Unidades Hospitalares locais até a estabilização do quadro, incluindo aqueles que possuem processo de TFD autorizado. Quando o paciente estiver internado e houver a indicação de deslocamento para unidade de referência em outra localidade fora do município, somente o acompanhante (quando indicado) poderá desfrutar do serviço de TFD (diárias e passagens);
- k) Para os casos de procedimentos constantes da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), deverão ser seguidas as portarias e protocolos vigentes do Ministério da Saúde;
- l) Quando houver pela SES unidades ou centros de referência na especialidade, poderá ser solicitado parecer médico do serviço justificando a necessidade de encaminhamento para fora do Estado.

## **6. Da Vedação (Proibição) de Autorização dos Benefícios do TFD**

Não será autorizado TFD para concessão de ajuda de custo e passagens nos seguintes casos:

- a) Para tratamentos que utilizem procedimentos assistenciais contidos no Piso da Atenção Básica – PAB (Art. 1º e § 3º da Portaria SAS/MS nº 055/99);
- b) No âmbito Interestadual, para procedimentos de média e alta complexidade que são realizados nas unidades de referência do Estado do Amazonas ou nas unidades prestadoras de serviços conveniadas e contratadas pela SES/AM, salvo em situações de emissão de laudo médico e avaliadas pela Comissão autorizadora que deve observar a demanda, qualidade do serviço e se atende ao usuário;
- c) Para tratamentos de pacientes que pretendam realizar atendimento/procedimentos ambulatorial/hospitalar/cirúrgico em Hospital/Clínica Privada, salvo exceção nos casos que atendem o item 5 “e”;
- d) Para paciente que pretenda realizar Tratamento Fora de Domicílio em Hospital/Clínica Privada e ou filantrópicos, cujo atendimento seja efetivado através de qualquer Plano de Saúde ou qualquer outra forma de financiamento que não seja por meio do SUS;
- e) Quando os procedimentos solicitados no Laudo Médico não constarem da Tabela SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM – Órteses, Próteses e Materiais do SUS. Os tratamentos considerados de caráter experimentais, não reconhecidos pelo Ministério da Saúde, bem como as doenças crônico-degenerativas e inflamatórias sem especificidade terapêutica, não fazem parte do protocolo de abrangência do



TFD;

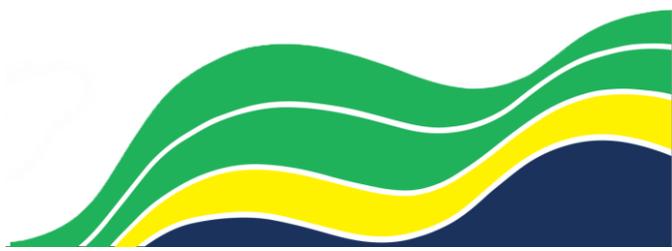
- f) Para Tratamento fora do Território Nacional;
- g) Quando não houver garantia de atendimento no município de destino, com horário e data definidos previamente, devidamente comprovados com documento da Unidade Hospitalar de referência (destino);
- h) Para deslocamentos menores de 50 km de distância;
- i) Quando as Unidades Solicitantes e/ou pacientes não cumprirem as exigências de entrega de toda documentação citada no item “4” e subitens seguintes;
- j) Quando o acompanhante for portador de deficiência (física ou mental) que o impossibilite de prestar total apoio ao paciente em uma eventual intercorrência, bem como nos casos em que a acompanhante estiver gestante, pelo mesmo motivo;
- k) Quando procedimento solicitado no Laudo TFD exigir acompanhante em razão de sua complexidade, não estando o mesmo, porém, devidamente cadastrado no sistema de laudos;
- l) Quando o paciente for menor de 18 (dezoito) ou maior de 60 (sessenta) anos e não apresentar acompanhante;
- m) Quando houver divergência entre o “Procedimento Solicitado” e a especialidade médica do profissional solicitante. Neste caso ocorrerá a devolução do laudo de TFD à Unidade Solicitante para a possível correção;
- n) Para paciente/acompanhante em débito de prestação de contas e que tenham valores a ressarcir ao Fundo Municipal ou Estadual de Saúde;
- o) Não será permitida negociação, compensação ou substituição de débito com o Fundo Municipal e Estadual de Saúde para emissão de novo TFD;
- p) Para paciente que não prestar contas no prazo estabelecido e/ou não entregar a documentação exigida no ato da Prestação, quais sejam: laudo médico válido de Alta ou Relatório de Alta/Contra Referência, além dos Relatórios Mensais utilizados para receber ajuda de custo, juntamente com os tickets de embarque legíveis. Caso os tickets de embarque estejam ilegíveis o Paciente/Acompanhante deverá se dirigir a Empresa de passagens e obter uma segunda via para entregar no setor de Prestação de Contas/TFD;
- q) Para agendamento prévio realizado por terceiros diretamente nos estabelecimentos credenciados. Essa providência é de responsabilidade exclusiva do TFD Estadual.

## 7. Fluxos para Autorização/Regulação

### 7.1 Fluxo TFD *Intraestadual*

A abertura de processo para TFD *Intraestadual* deverá obedecer às seguintes etapas:

Primeiramente, a Secretaria Municipal de Saúde – SMS de residência do paciente recebe (do mesmo ou da Unidade Solicitante) o Laudo Médico de TFD (emitido pelo médico assistente da Unidade Solicitante local) e demais documentações exigidas no Item



4 deste Manual (exames comprobatórios e documentos pessoais do paciente e seu acompanhante, quando houver indicação).

De posse desses documentos, o gestor da SMS preenche o Pedido de Tratamento Fora de Domicílio Intraestadual (Anexo 01) com os dados pessoais do paciente. Este mesmo formulário contém os campos para a análise da Comissão Autorizadora local (nomeada pelo respectivo gestor municipal).

O pedido, então, é analisado pela referida Comissão, que solicitará, se necessário, exames ou documentos que complementem a análise.

Caso o pedido atenda às normativas vigentes, a SMS formaliza o Processo Administrativo em sua repartição para atendimento ao pleito, analisa a PPI e agenda a consulta/procedimento para a Unidade de Referência do Estado do Amazonas.

A SMS deve procurar os recursos disponíveis para o tratamento das patologias cujos meios para tal se encontrem esgotados no município, obedecendo ao critério de regionalização da assistência (assistência na sua região de saúde, ou na macrorregião mais próxima, sendo a referência estadual a última opção), em conformidade com a capacidade instalada e o estabelecido na PPI ou no COAP, quando implementado. Além disso, a Secretaria deve estabelecer o meio de transporte mais adequado ao paciente, bem como disponibilizar a ajuda de custo.

## 7.2 Fluxo TFD *Interestadual*

Nos casos em que a oferta do serviço de saúde necessário para o tratamento do paciente for insuficiente ou inexistente no Amazonas e forem atendidas as normativas aplicáveis ao Tratamento Fora de Domicílio, poderá ser requerido atendimento fora do Estado.

Para isso, deve-se formalizar um Processo para TFD *Interestadual*, obedecendo-se às seguintes etapas:

- a) Solicitação *online*: As Unidades Solicitantes da rede pública ou conveniada/contratada do SUS do Amazonas devem encaminhar **física** ou **digitalmente** o Laudo Médico de TFD (preenchido e assinado pelo médico assistente, no qual deverá ficar caracterizado o quadro clínico do beneficiário, os tratamentos realizados e aquele indicado para tratar o diagnóstico), juntamente com as cópias dos exames diagnósticos (comprovando a situação clínica descrita e a justificativa do esgotamento das possibilidades de resolutividade no âmbito da atenção básica ou de média e alta complexidade no Município/Estado) e dos documentos pessoais do paciente e do acompanhante (quando houver indicação) à Comissão Autorizadora do Programa de TFD-AM.
- b) A Comissão Autorizadora fará a conferência dos documentos e avaliará a solicitação, igualmente via sistema *online* de gerenciamento. Caso esteja em consonância com os critérios de autorização, o requerimento será autorizado e ocorrerá a abertura do Processo Administrativo. Caso a solicitação não esteja em conformidade, o requerimento poderá ser indeferido pela Comissão ou devolvido à Unidade, via sistema, para correção. As instituições solicitantes deverão rotineiramente acompanhar e retificar as solicitações que cadastrarem. Para procedimentos existentes no Estado, o processo será autorizado somente



após a avaliação por serviço de referência na especialidade, quando atestada a insuficiência e/ou indisponibilidade.

- c) Após autorização e abertura do processo administrativo, este será encaminhado ao setor de agendamento, que solicitará o atendimento indicado ao paciente em Unidade de Referência de outro Estado. Para os casos de inclusão na CNRAC, o processo deverá seguir as portarias e protocolos vigentes do Ministério da Saúde disponíveis no site <http://cnrac.datasus.gov.br/cnrac>. Nesses casos, quando avaliado e autorizado pela CERAC/AM, o processo será cadastrado no SISCNRAC (sistema *online* da CNRAC/MS), sendo direcionado à Central Nacional para avaliação e encaminhamento às Unidades executantes do país.
- d) Na sequência, quando houver garantia de atendimento ao paciente, com horário e data definidos previamente, o interessado deverá confirmar sua presença ao agendamento, assinando (juntamente com seu acompanhante, quando houver) o termo de responsabilidade pertinente ao serviço. Essas ações (confirmação de presença e adesão ao termo de responsabilidade) serão realizadas, igualmente, via sistema *online* pelo paciente.
- e) Após a assinatura do termo de responsabilidade, será providenciada a compra das passagens aéreas e a solicitação de pagamento da ajuda de custo (ao Ordenador de Despesas da Secretaria de Estado de Saúde). Novamente, o paciente terá acesso aos bilhetes aéreos de forma *online* no seu perfil individual do sistema de gerenciamento do Programa de TFD-AM. Assim também, poderá consultar o status do pagamento de sua ajuda de custo pelo mesmo canal.
- f) Para solicitar o retorno à cidade de origem, o paciente deverá encaminhar, de forma *online* (pelo sistema de gerenciamento do Programa de TFD-AM), o Relatório de Alta devidamente preenchido e assinado pelo médico da Unidade de Referência que o acompanha fora de domicílio. Caso o relatório esteja em conformidade com as normativas, serão emitidas as passagens de retorno do paciente e de seu acompanhante (quando houver), as quais estarão disponíveis via sistema para consulta e impressão.
- g) Ao retornar ao seu domicílio (Amazonas), o paciente (ou o acompanhante) deverá prestar contas da viagem, entregando ao Programa de TFD-AM a via original do Relatório de Alta, o Relatório de Despesas da Viagem, os bilhetes aéreos utilizados e os recibos que comprovam os gastos realizados. Caso haja nova consulta de retorno, deverá ser entregue, igualmente, a filipeta de agendamento. Os pacientes que residem no interior do Estado do Amazonas, quando impossibilitados (por fatores logísticos) de comparecer à Gerência de TFD-AM, poderão realizar a prestação de contas e a apresentação da confirmação da nova consulta via e-mail, obedecendo, igualmente, o prazo definido no Manual para esta atividade (Item 15).
- h) Caso o paciente necessite permanecer em tratamento fora de domicílio, deverá encaminhar relatório médico com as devidas justificativas (Item 10) para análise da Comissão Autorizadora, a qual avaliará a continuidade da concessão dos benefícios do Programa.
- i) O paciente poderá acompanhar o status de seu processo administrativo por meio de acesso individual ao “perfil paciente” ou através dos alertas encaminhados



diretamente ao seu e-mail e ligações. Assim também, deverá realizar outras ações (solicitação de troca de acompanhante e de dados bancários, por exemplo), além daquelas acima citadas, por meio de requerimento encaminhado a Gerência TFD.

- j) Quando o sistema SISTFD estiver em pleno funcionamento, cada usuário terá um acesso individual ao sistema *online* de gerenciamento do Programa de TFD-AM, que disponibilizará manual de uso acessível e explicativo aos envolvidos, bem como equipe e equipamentos (nas dependências da Gerência de TFD) para orientação presencial dos pacientes.

### **7.2.1 – A Comissão Autorizadora do TFD Estadual**

A Comissão Autorizadora do TFD Estadual será composta por Médicos, Profissionais da Saúde e Técnicos de Nível Médio e Superior não Médicos, sendo responsáveis pela análise das solicitações de TFD, dos agendamentos de consultas/exames/procedimentos, dos pedidos de Prorrogação de Ajuda de Custo, dentre outras avaliações expressas na legislação vigente.

A Comissão de Profissionais da Saúde e Técnicos de Nível Superior não Médicos poderá autorizar, indeferir ou solicitar informações complementares à Unidade Solicitante.

A Comissão Médica poderá autorizar, indeferir ou solicitar informações complementares ao médico assistente, bem como solicitar parecer ou avaliação do paciente em outras Unidades que dispõem dos serviços no Estado, avaliando também o transporte mais adequado ao estado clínico do paciente dentro dos recursos disponíveis.

## **8. Da Emissão de Passagem para TFD**

O fornecimento de passagens de ida e volta será pelo meio de transporte de menor custo, compatível com o estado de saúde do paciente e também, para o acompanhante quando autorizado.

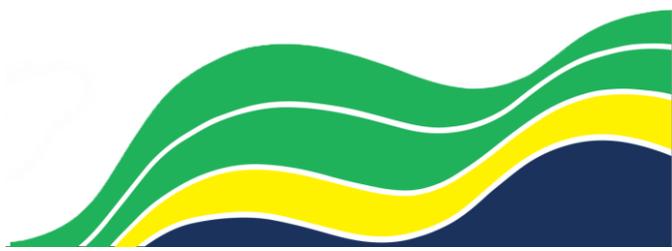
As passagens aéreas serão emitidas quando a logística ou distância inviabilizar o transporte fluvial ou rodoviário e o tempo de deslocamento trazer risco a sua saúde.

O deslocamento do paciente e do acompanhante (quando necessário) será emitido de acordo com a data do agendamento do TFD, não sendo permitida a escolha da companhia e nem do horário ou dia do deslocamento.

O deslocamento do paciente e do acompanhante para outra Unidade da Federação por meio de transporte aéreo será nominal, com trajeto definido. Não sendo permitido: mudança do trajeto; desmembramento dos trechos das passagens; mudança de acompanhante em um mesmo período de tratamento fora de domicílio, salvo em casos de extrema necessidade, devidamente comprovados e autorizados pela Gerência de TFD.

Caso ocorra a reemissão ou cancelamento de passagem devido à perda de voo por quaisquer motivos que não sejam comprovadamente por problemas de saúde ou óbito do paciente/acompanhante, o paciente e/ou seu acompanhante devem arcar com a despesa de taxa cobrada para cancelamento ou reemissão e a diferença do valor da tarifa da passagem (se houver) diretamente com a Empresa Prestadora do Serviço correspondente.

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



No caso de embarque que requeira Autorização Médica (MEDIF) – para aqueles passageiros com necessidades especiais, o referido formulário deverá ser encaminhado pelo paciente, via sistema *online*, ao Programa de TFD-AM, com no mínimo 15 (quinze) dias de antecedência à consulta. O preenchimento do MEDIF deve ser efetuado de forma urgente pelo médico responsável solicitante, haja vista que deverá ser enviado com celeridade pelo Programa à(s) companhia(s) aérea(s) para análise e autorização do embarque.

## 9. Da Ajuda de Custo/Auxílio Financeiro

A concessão da ajuda de custo (para alimentação e pernoite) ocorrerá quando houver garantia de atendimento no Município/Estado de referência, com definição da Unidade de Saúde Executante, horário e data previamente agendados, assim também quando houver a confirmação da presença, por parte do paciente (e seu acompanhante, quando houver), ao agendamento.

Este benefício será estipulado de acordo com o previsto na lista de procedimentos listados pela Portaria MS/SAS nº 055/1999 e parâmetros de valores estabelecidos pela Portaria MS/SAS nº 1.230/1999. O Estado e Municípios poderão ampliar o valor do benefício com recursos próprios desde que haja disponibilidade orçamentária e financeira, avaliado por exercício.

Fica estabelecido o pagamento de ajuda de custo antecipada por deslocamento quinzenal. Após os 15 dias iniciais a ajuda de custo será disponibilizada conforme a quantidade de dias previsto. Caberá ao TFD solicitar complementação da ajuda de custo na medida em que receber comprovação de permanência em documento oficial da unidade executante no destino.

Estipula-se o prazo mínimo de 30 (trinta) dias de antecedência para o agendamento da consulta/procedimento do paciente na Unidade Executante de destino, a fim de que ocorra a concessão em tempo hábil do benefício de ajuda de custo.

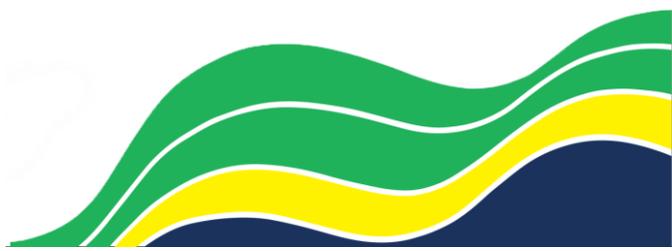
O auxílio financeiro será pago conforme previsão de tratamento solicitado no TFD, podendo ser prorrogado após análise criteriosa dos relatórios médicos (emitidos pelo Hospital de Referência).

Quando o paciente receber ajuda de custo de forma antecipada à viagem, porém, não a realizar, deverá devolver o valor para o TFD na Conta Corrente 6.683-4 Agência 3563-7 Banco do Brasil, sob pena de ter o próximo agendamento indeferido. Caso a viagem não realizada seja remarcada para período inferior a 30 (trinta) dias, a ajuda de custo recebida não precisará ser devolvida, sendo computada como paga para a data da remarcação.

A disponibilização deste benefício (ajuda de custo) ocorrerá com as seguintes documentações específicas:

- a) Processo de TFD autorizado;
- b) Comprovante de Agendamento (é necessário colocar a data de ida e data de retorno, esta última quando for prevista);
- c) Formulário de informações Médicas para Viagens Aéreas – MEDIF preenchido e assinado pelo médico solicitante (quando necessário).

## 10. Da Renovação / Prorrogação do TFD



O processo de TFD terá validade de 12 (doze) meses para atendimento dentro da mesma patologia, considerando a data do laudo médico inicial como referência. Após esse período, se houver a necessidade de o paciente continuar o tratamento fora de domicílio, deverá ser apresentado relatório médico circunstanciado do quadro clínico do paciente, resultados de exames diagnósticos atualizados (caso haja) e demais informações quanto à necessidade de o paciente dar continuidade ao tratamento. A unidade solicitante de origem é quem deverá renovar o Laudo Médico, para justificar a permanência do paciente no Programa de TFD.

O paciente (ou seu representante legal) deverá apresentar a documentação exigida para nova avaliação da Comissão Autorizadora, sob pena de cancelamento da concessão dos benefícios. Será necessário, para renovação, anexar cópia do processo anterior autorizado.

Nos casos em que for necessária a permanência do paciente fora de domicílio para continuidade do tratamento, deverá ser encaminhado, a cada 30 dias, relatório médico expedido pelo Hospital de Referência onde o paciente está sendo assistido com as seguintes informações: quadro clínico atual do paciente, comprovante de consultas/procedimentos/exames realizados no período, cronograma dos próximos agendamentos, justificativa médica para permanência fora de domicílio, previsão de alta e nome do atual acompanhante (quando houver). Todas essas informações são necessárias para que a Comissão Autorizadora analise a continuidade do benefício e do tratamento que está sendo realizado.

É vedado pagamento de Ajuda de Custo e Passagens de TFD para tratamento com período superior a 12 (doze) meses, sem renovação de Laudo de TFD, exceto nos casos em que os pacientes permanecem fora do seu domicílio.

Conforme os serviços forem disponibilizados/habilitados no Estado, a Comissão Autorizadora poderá solicitar nova avaliação das Unidades antes da renovação do processo, para verificar a possibilidade de continuidade do tratamento dentro do Estado.

## **11. Dos Pedidos Indeferidos**

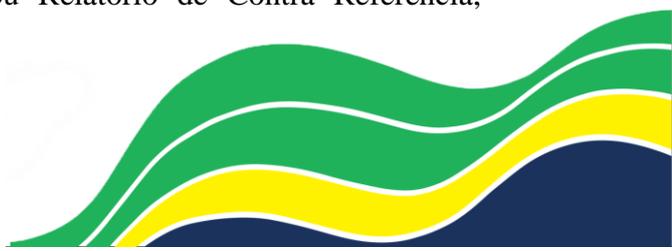
Os Pedidos de TFD indeferidos serão devolvidos à Unidade Solicitante com justificativa, sendo que a mesma deverá encaminhar comunicação ao paciente e dar os encaminhamentos necessários.

## **12. Do Tratamento**

Durante o tratamento na cidade de destino, a Unidade referência (médico executante) deverá preencher os relatórios indicados pelo programa de TFD que comprovem os atendimentos realizados bem como a necessidade de continuidade do tratamento.

O TFD não se responsabilizará em dar apoio aos pacientes que por livre e espontânea vontade dirigirem-se a outra Unidade de Saúde, que não seja aquela estabelecida pelo Programa de TFD, antes ou mesmo após a formalização do Processo Administrativo. A não obediência às normas do TFD poderá acarretar a suspensão de todos os benefícios.

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.

### **13. Do Agendamento de Retorno**

Os agendamentos de retornos *intraestaduais*, para novo procedimento ou repetição de procedimento já realizado, deverão ser efetuados pela Unidade em que o paciente foi assistido, logo após o atendimento, conforme indicação médica. Em alguns casos serão realizados pelas Secretarias Municipais de Saúde que têm em funcionamento as Centrais de Regulação.

E, os agendamentos de retornos *interestaduais*, para novo ou repetição de procedimento, serão efetuados pela Unidade fora de domicílio em que o paciente estiver sendo assistido, mediante solicitação do médico e/ou Relatório de Contra Referência (Relatório de Alta) emitidos pela própria Unidade Prestadora, com assinatura e carimbo do responsável.

Quando o agendamento de retorno do paciente, para continuidade do tratamento, ocorrer em prazo inferior a 30 (trinta) dias de sua chegada ao Município/Estado de origem, o paciente (e seu acompanhante, quando houver) deverá permanecer no Município/Estado onde se encontra em tratamento, com direito a ajuda de custo (mediante a apresentação de Relatório Médico – conforme explicitado no item 10 desse Manual) para custeio de hospedagem e alimentação.

### **14. Da Alta**

Quando da alta hospitalar, fora do Estado (TFD Interestadual), a Unidade que estiver assistindo o paciente, ou o próprio, deverá encaminhar o Relatório de Alta/Contra-referência (Anexo 04) ao Programa de TFD-AM em até 04 dias úteis após o seu preenchimento, para que seja providenciada a compra das passagens de volta ao Município/Estado de origem. Caso este prazo não seja cumprido, o paciente e seu acompanhante (quando houver) poderão perder este benefício (passagens de retorno).

Este Relatório e/ou Declaração de Alta deverá conter as especificações sobre o tratamento concluído ou interrompido e as razões da interrupção. Caso o Relatório de Alta apresente data de agendamento futuro para o paciente, deverá ser entregue à Gerência de TFD, no momento da prestação de contas, a filipeta de confirmação da(o) referida(o) consulta/procedimento/exame previsto(s).

Quando da comprovação do término do atendimento, através do envio da Declaração de Alta, o setor TFD Estadual efetuará o registro e a baixa do processo.

Nas altas, dentro do Estado, a Unidade deverá encaminhar Relatório e/ou Declaração de Alta à SMS de residência do paciente que será responsável pelo seu deslocamento.

### **15. Da Prestação de Contas**

O paciente ou acompanhante (ou procurador legal do paciente), deverá antes da viagem, assinar o Termo de Compromisso, assumindo (além dos compromissos iniciais) o dever de prestar contas após o retorno à origem. Não será autorizada a viagem enquanto



não for devidamente assinado o respectivo termo.

Após o retorno da viagem, paciente ou acompanhante terá prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis para apresentar os seguintes documentos:

- a) Relatórios médicos originais que foram enviados para pagamento da Ajuda de Custo mês a mês;
- b) Bilhetes de passagens e cartões de embarque;
- c) Relatório de Alta/Contra referência;

As Prestações de Contas serão realizadas com base na data de saída e data de retorno do paciente.

O Setor de Prestação de Contas não poderá emitir declaração de quitação quando o paciente estiver em débito com os Fundos de Saúde.

A não prestação de contas implicará necessariamente:

- a) No cancelamento do TFD;
- b) Proibição da concessão de novo TFD;
- c) Adoção de medidas judiciais civis e criminais cabíveis.

## **16. Do Acompanhante**

Conforme o artigo 7º da Portaria SAS/MS nº 55/1999, 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. A justificativa deverá ser inserida no Laudo Médico pelo médico assistente do paciente e será julgada pela Comissão Autorizadora.

Os acompanhantes deverão ser maiores de 18 (dezoito) anos e menores de 60 (sessenta) anos, documentados e capacitados física/mentalmente. O acompanhante deverá ser preferencialmente pessoa da família, maior de idade e responsável legal, não podendo o mesmo residir no Município/Estado de destino.

Gestantes, lactantes (exceto nos casos em que os pacientes são os próprios lactentes) e portadores de deficiência física ou mental, por dificuldades em auxiliar o paciente, não poderão ser acompanhantes de usuários em TFD.

O acompanhante deverá retornar à localidade de origem em casos de prolongada internação do paciente, salvo quando, a critério médico, a sua permanência for aconselhada.

Na alta do paciente, se houver necessidade de acompanhante para seu próximo retorno, tal informação deve ser claramente explicitada no relatório de Alta, para que o setor de TFD de origem providencie o deslocamento do mesmo.

Não será permitida a substituição do acompanhante após a emissão dos bilhetes de passagens, salvo em caso de morte ou doença, devidamente comprovados.

Caso a substituição do acompanhante seja imprescindível, deverá ser solicitada ao Programa de TFD com antecedência mínima de 20 (vinte) dias úteis à data da viagem, desde que comprovadamente motivados por doença ou força superior, submetida à análise da Gerência de TFD.



Caso o paciente esteja em permanência fora de domicílio e haja a necessidade de trocar seu acompanhante (e o motivo não seja doença ou morte devidamente comprovadas), a troca será de responsabilidade dos beneficiários, atendendo as regras aqui apontadas, bem como realizando a devida solicitação prévia à Gerência de TFD. Antes de deslocar-se ao local de tratamento, o novo acompanhante deverá comparecer assinar o termo de responsabilidade, sob pena de suspensão do benefício ao acompanhante.

O TFD Estadual/Municipal não se responsabilizará pelas despesas decorrentes da substituição de acompanhante que viaje por conta própria, durante o curso do tratamento.

Os pacientes menores de idade só poderão viajar acompanhados por representante legal. Menores de até 02 (dois) anos de idade poderão excepcionalmente dispor de dois acompanhantes (preferencialmente os genitores), mediante justificativa médica e após avaliação do pleito pela Comissão Autorizadora.

Os pacientes maiores de 60 (sessenta) anos poderão viajar com acompanhante, em conformidade com a legislação vigente (Portaria MS nº 280, de 07/04/1999) tendo assegurado o direito a acompanhante durante o período de atenção à saúde.

Nos casos em que um paciente estiver usufruindo o benefício do TFD para tratamento próprio, o mesmo não poderá ser acompanhante de outro paciente em TFD, ainda que o tratamento fora de domicílio de ambos não seja realizado concomitantemente.

O acompanhante deverá dispor de tempo suficiente para acompanhar o tratamento indicado e não deverá abandonar o paciente, desrespeitar e desobedecer às normas dadas no local de tratamento e onde esteja hospedado. Caso o acompanhante não permaneça com o paciente, o TFD não se responsabilizará por enviar outro acompanhante.

O não cumprimento dos requisitos supracitados implicará na mudança de acompanhante quando ocorrer a necessidade de continuidade do tratamento do paciente em seu próximo deslocamento.

Caso haja comprovação de retorno do acompanhante sem a prévia autorização do TFD, o valor da Ajuda de Custo relativo ao acompanhante será automaticamente cancelado, devendo o setor de Ajuda de Custo dar continuidade apenas ao pagamento de diárias do paciente, até que o mesmo obtenha alta.

## **17. Do Doador**

Quando, em um Processo de TFD Interestadual, com indicação para transplante de órgãos, houver a necessidade de um possível doador realizar os exames de compatibilidade no local de tratamento (fora de domicílio), este usuário deverá ser encaminhado como acompanhante do paciente, recebendo os benefícios de ajuda de custo e passagens aéreas como tal.

Todavia, após a comprovação da aludida compatibilidade com o receptor, para que realize a investigação clínica e o próprio transplante intervivos, o referido doador deverá ser cadastrado, pela Unidade Solicitante de origem, no sistema *online* de gerenciamento do Programa de TFD-AM, como paciente.

Em ato contínuo, a mesma Unidade Solicitante deverá emitir Laudo de TFD para este usuário, com a descrição de tais especificidades, e encaminhá-lo, juntamente com os documentos exigidos (Item 4), à Comissão Autorizadora, para análise e geração de um



processo administrativo de TFD.

Dessa forma, quando for agendado o procedimento de transplante intervivos, este doador será encaminhado ao local de tratamento como paciente, passando a usufruir do benefício de ajuda de custo e passagens aéreas, como tal, além de possuir o direito a acompanhante, de acordo com as normativas do Programa.

## **18. Das Despesas**

As despesas permitidas pelo TFD são aquelas relativas a transporte (aéreo, terrestre e fluvial), ajuda de custo para alimentação com ou sem pernoite, para paciente e acompanhante (se houver), bem como as despesas com urna, preparação e traslado do corpo, em caso de óbito em TFD.

Fica estabelecido que as despesas relativas ao deslocamento de usuários do SUS para tratamento fora do Estado/Município de residência possam ser cobradas por intermédio do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS, observado o teto financeiro definido para cada Município e/ou Estado, em conformidade com a sistemática operacional instituída através dos parâmetros do financiamento para TFD, bem como a disponibilidade orçamentária do Município/Estado.

O valor para cobrir as despesas de transporte é calculado com base no valor unitário pago a cada 50 km para transporte terrestre, 20 milhas náuticas para transporte fluvial, ou 200 milhas para transporte aéreo percorrido.

O valor da ajuda de custo é baseado na tabela do SIGTAP (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS) que tem os valores reajustados pela Portaria MS/SAS nº 2.848/07, com os seguintes códigos:

As Secretarias de Saúde, do Estado e do Município, não se responsabilizarão por despesas geradas por permanência indevida do paciente e/ou acompanhante na cidade de tratamento.

Os comprovantes das despesas relativas ao TFD deverão ser organizados e disponibilizados aos órgãos de controle do SUS. A Secretaria Estadual, através do TFD, e as Secretarias Municipais de Saúde deverão organizar o controle e a avaliação do TFD, de modo a manter disponível a documentação comprobatória das despesas.

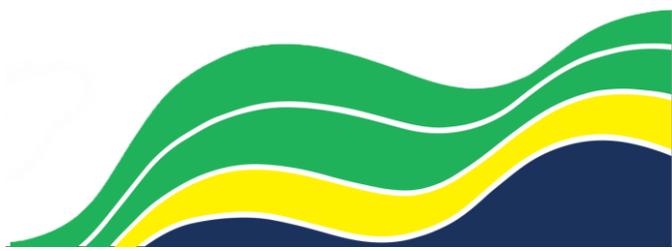
### **18.1 Das Despesas Intraestaduais**

A responsabilidade pelo pagamento de despesas de *TFD intraestaduais* é atribuída às Secretarias Municipais de Saúde, que utilizarão a Tabela de Procedimentos do Sistema SUS – SIGTAP devendo ser autorizadas de acordo com a disponibilidade orçamentária dos Municípios.

### **18.2 Das Despesas Interestaduais**

A responsabilidade pelo pagamento de despesas de *TFD interestaduais* é atribuída à Secretaria de Estado da Saúde – SES, por meio de controle do TFD Estadual, que utilizarão a Tabela de Procedimentos do Sistema SUS – SIGTAP, devendo ser autorizada de acordo com a disponibilidade orçamentária do Estado através de crédito bancário.

Os valores do crédito bancário devem ser solicitados pelo TFD Estadual ao Departamento de Gestão Financeira DEGEFIN/SUSAM através de documentos assinados



pelo Gerente do TFD Estadual ou superior hierárquico, na falta deste, e pelo Coordenador do Complexo Regulador, conforme fluxo a seguir:

- a) O TFD encaminhará as solicitações de pagamento ao Ordenador de Despesa SUSAM. Os casos de urgência/emergência serão analisados, autorizados e encaminhados conforme demanda pelo TFD Estadual.
- b) O Ordenador de Despesa, após o recebimento da documentação, encaminhará os processos ao DEGEFIN/SUSAM que, após o recebimento, providenciará o pagamento.
- c) A confirmação do pagamento poderá ser visualizada por meio do Portal da Transparência do Governo do Estado.

Solicitações de novos créditos ao beneficiário somente serão concedidos mediante comprovação ao TFD/Estadual de comparecimento do agendamento anterior. Nos casos de permanência em tratamento fora de domicílio, nova ajuda de custo será concedida após análise de Relatório Médico (indicado no item 10 deste Manual) pela Comissão Autorizadora.

### **18.3 Do Reembolso**

A SES ou SMS poderá reembolsar ao paciente as despesas relacionadas à ajuda de custo, auxílio funeral (urna, traslado e preparação do corpo) e passagens nos deslocamentos interestaduais, quando:

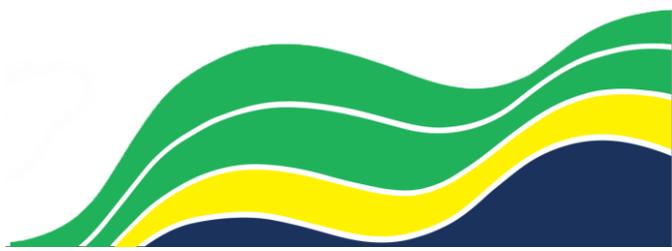
- a) O paciente possuir o processo de TFD autorizado previamente, em que não houver tempo hábil para formalizar a devida solicitação, comprovando a urgência;
- b) Falta de emissão de passagens pela empresa licitada, referente aos trajetos necessários para atendimento.

A avaliação do reembolso será procedida pelas SES e SMS, mediante abertura de processo formal na respectiva Secretaria e a partir da apresentação dos seguintes documentos:

- a) Cópia dos bilhetes (ida e volta) das passagens rodoviárias/fluviais/aéreas (os valores serão avaliados com base na tabela da empresa licitada pela SES ou SMS);
- b) Cópia do Laudo de TFD devidamente autorizado no período em questão;
- c) Comprovante de agendamento e declaração da Unidade Prestadora informando o período de tratamento ambulatorial (Relatório de Alta/Contra-referência);
- d) Cópia do CPF e dados bancários do responsável pelo recebimento (CPF/identificação do banco/agência/ nº da conta corrente);
- e) No caso de óbito, nota fiscal original contendo apenas urna, preparação corpo e trajeto do traslado em km (os valores serão avaliados com base nos orçamentos realizados pela SES e SMS).

Os casos não previstos serão analisados administrativamente e/ou submetidos à apreciação da Assessoria Jurídica.

### **18.4 Das Despesas com óbitos**



A responsabilidade pela contratação dos serviços em caso de óbito de pacientes em TFD *interestadual* será do Gestor Estadual, através do setor TFD. E em casos de óbito em TFD *intraestadual*, a responsabilidade será do Município através da Secretaria Municipal de Saúde.

As despesas permitidas no caso de óbito são de preparação do corpo, urna e traslado até a cidade de origem (Manaus – no caso de TFD *interestadual*). Despesas relativas a flores, túmulo, emolumentos cartoriais, dentre outros, não estão contemplados pelo programa de TFD.

Nos casos de óbito em TFD *interestadual*, em que não for realizado contato prévio a contratação do serviço com o setor TFD, só será efetuado pagamento das despesas descritas neste Manual, mediante avaliação da equipe técnico/administrativa, e desde que o valor seja compatível aos orçamentos de serviços prestados à SES, considerando, também, que a funerária não tenha pendências junto aos órgãos públicos (negativas de FGTS, INSS, etc.).

## 19. Do Processamento

Considerando que os valores do programa de TFD fazem parte do teto financeiro da Média e Alta Complexidade – MAC, a produção deverá ser apresentada no SIA/SUS para fins de processamento.

Nas despesas relacionadas ao TFD *intraestadual* o processamento será procedido da seguinte forma:

- Os Municípios devem programar a Ficha de Programação Física Orçamentária (FPO) e preencher o Boletim de Produção Ambulatorial Individual (BPA-I) com especificação das despesas relacionadas aos deslocamentos e ajuda de custo, encaminhando o processamento diretamente ao Ministério da Saúde.

Quanto às despesas relacionadas aos processos de TFD *interestaduais*, o preenchimento do BPA-I dos deslocamentos e da ajuda de custo será de responsabilidade do setor TFD, que deverão encaminhar ao DERCAV/SUSAM para fins de processamento.

## 20. Da Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade – CERAC

Para instituir o fluxo *interestadual* de pacientes, para execução de determinados procedimentos de alta complexidade, foi instituída a Central Nacional de Regulação de Alto Custo – CNRAC, pela Portaria GM/SAS n° 2.309, de 19 de dezembro de 2001.

A Central Estadual de Regulação de Alto Custo – CERAC é componente da CNRAC e pode ser solicitante e executante de procedimentos de alto custo. As informações entre as CERACs tramitam integralmente em meio informatizado, restrito aos agentes do processo estabelecido, desde a inclusão até alta do paciente.

Atualmente a CERAC Amazonas está subordinada ao Complexo Regulador e atua como solicitante e executante sendo responsável pelo cadastramento junto a CNRAC para concessão de vaga em local disponível, no território nacional.

Somente poderão ser inscritos na CNRAC:

- a) As solicitações para atendimento de pacientes que necessitarem de Assistência de Alta Complexidade, em outro Estado, quando residirem em Estado com ausência ou insuficiência na oferta destes procedimentos;



- b) Os procedimentos solicitados por profissionais médicos vinculados às instituições próprias ou credenciados no SUS/AM com registro no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES);
- c) Os procedimentos cujos códigos estejam inseridos no rol da CNRAC, de acordo com a Portaria SAS/MS nº 686 de 19/12/2007.

Ainda, com o objetivo de disciplinar e otimizar as atividades da CNRAC e das CERACs, em todo território nacional, foi aprovado através da Portaria SAS/MS n.º 258, de 30/07/2009, o regulamento técnico, as orientações técnicas para inclusão de laudo de solicitação e o elenco de procedimentos definidos como de alta complexidade, nas especialidades de cardiologia, neurocirurgia-epilepsia, oncologia, traumato-ortopedia e gastroenterologia.

No site <http://cnrac.datasus.gov.br/cnrac> é possível acessar a Legislação pertinente e obter maiores orientações técnicas.

## 21. Das Competências

### 21.1 – Do Gestor Estadual

Caberá à Gerência de TFD, sob orientação da Coordenação do Complexo Regulador, envidar esforços e proceder acompanhamento dos processos de TFD instaurados após a publicação desta Normatização na Imprensa Oficial do Estado, no sentido de fazer cumprir o período de permanência máximo de 12 (doze) meses, mantendo controle mensal dos processos que expiram em um ano.

Cabe à SES, através da Gerência de TFD:

- a) Orientar e capacitar as Unidades Solicitantes no que se refere ao programa de TFD;
- b) Receber as solicitações de TFD *interestadual* via sistema informatizado para aplicar os critérios para autorização;
- c) Efetuar os agendamentos de consultas e procedimentos, quando esgotado os recursos no Estado, com exceção dos procedimentos do rol da CNRAC;
- d) Solicitar junto ao Ordenador de Despesas e ao DEGEFIN/SUSAM pagamento da ajuda de custo para alimentação e pernoite, tanto para o paciente quanto para acompanhante (quando houver), conforme fluxo detalhado no item 2.12.2 - Das Despesas Interestaduais;
- e) Emitir o Boletim de Produção Ambulatorial Individual – BPA-I das despesas de ajuda de custo e passagens aéreas;
- f) Manter arquivo dos processos de TFD organizado;
- g) Garantir a veracidade das informações das solicitações dos créditos bancários aos beneficiários.

Cabe à SES, através do Fundo Estadual de Saúde, Depto. de Regulação, Controle e Avaliação Assistencial e Depto. de Planejamento, respectivamente:

- a) Programar as despesas com TFD definindo a fonte de recursos;
- b) Apresentar no SIA/SUS (via BPA-I) os serviços produzidos pelo TFD;



- c) Revisar a PPI do TFD.

Cabe à SES, através da Gerência de Execução Orçamentária subordinada ao Departamento de Gestão Financeira:

- a) Efetuar o empenhamento genérico de despesa limitada ao previsto no orçamento anual.

Cabe à SES, através da Gerência de Execução Financeira, subordinada ao Departamento de Gestão Financeira:

- a) Efetuar os pagamentos através de crédito bancário provenientes das solicitações do TFD;
- b) Enviar planilha consolidada, mensalmente, dos pagamentos efetuados por meio de crédito bancário para programação orçamentária.

Cabe à SES, através da Gerência de Contabilidade subordinada ao Departamento de Gestão Financeira:

- a) Efetuar conferência dos pagamentos efetuados pela GEFIN/SUSAM em comparação aos valores informados pelo TFD.

Cabe à SES, através da Auditoria – subordinada ao Gabinete do Secretário Executivo:

- a) Realizar eventuais auditorias das solicitações de pagamento de benefício (ajuda de custo e passagem).

## 21.2 – Do Gestor Municipal

Cabe às Secretarias Municipais de Saúde, definido seu teto para o TFD:

- a) Prover os recursos orçamentários necessários para funcionamento do programa do TFD nos deslocamentos *intraestaduais*, garantido ao usuário (paciente e acompanhante, se for o caso) o transporte e a ajuda de custo;
- b) Analisar os processos de TFD com base na PPI e em conformidade com as rotinas explicitadas no Manual;
- c) Manter arquivo dos processos de TFD;
- d) Programar a FPO (ficha de programação orçamentária);
- e) Preencher o BPA-I e encaminhar para o processamento.

## 22. Casos em que o TFD poderá ser Interrompido ou Cancelado

- a) Fraude comprovada;
- b) Documentos adulterados;
- c) Não apresentação dos documentos que comprovem a realização do tratamento (relatórios de alta e despesas, bilhetes aéreos utilizados, laudos médicos, etc.);
- d) Mudança definitiva de residência. O paciente deverá comprovar para o TFD, a cada três meses consecutivos, o local onde está hospedado, através de Declaração do responsável pela Hospedagem, com endereço completo, telefone e e-mail do mesmo e enviar por meio eletrônico (e-mail) ou fax;



- e) Retorno, por conta própria, antecipadamente à origem ou abandono do tratamento sem que tenha havido Alta Hospitalar, ou ainda que tenha havido Alta, esta não tenha sido encaminhada para gestão Estadual ou Municipal, com intuito de ressarcimentos;
- f) Deslocamento do paciente e acompanhante para outra Unidade Federativa para realizar tratamentos ou por qualquer outro motivo, sem que tenham sido direcionados pelo TFD Amazonas;
- g) Desistência, abandono ou óbito do paciente.
- h) Pagamento de ajuda de custo a pacientes encaminhados por meio de TFD que permaneçam hospitalizados no município de referência;
- i) Realização de tratamentos, pelo paciente, em especialidades que não possuam ligação comprovada com a doença de base apresentada no Laudo de TFD;
- j) Ausência de devolução ao Fundo de Saúde dos valores (e circunstâncias) estabelecidos no item 9 deste Manual.
- k) Não cumprimento dos prazos estabelecidos para o encaminhamento dos Relatórios de Alta/Contra Referência e Prestação de Contas.

### **23. Da Responsabilidade Civil**

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

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

Todo e qualquer documento entregue não poderá conter nenhuma rasura, sob qualquer pretexto, implicando a não aceitação do documento, deste modo, documentos que contenham emendas/rasuras serão inválidos.

Eventuais danos materiais e morais causados pelo paciente ou acompanhante serão de sua inteira responsabilidade, portanto, o Estado do Amazonas está isento de qualquer responsabilidade por danos causados por pacientes ou acompanhantes.

Paciente e acompanhante não poderão ausentar-se dos hotéis ou pousadas, custeada pelo Município ou Governo do Estado do Amazonas, sem uma prévia autorização, uma vez que, o mesmo não terá direito a uma nova hospedagem, ficando o Município ou Estado do Amazonas eximido de qualquer responsabilidade;

O TFD não se responsabilizará por despesas adicionais indevidas realizadas pelo paciente/acompanhante fora das normas aqui instituídas.

O TFD não se responsabilizará por despesas adicionais geradas por permanência indevida do paciente ou acompanhante.

### **24. Dos Casos Omissos**

Os casos não explicitados nesta normatização serão avaliados pelo Titular da Pasta da Saúde que 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.



## 25.– Referências

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8080, de 10 de setembro de 1990.** Dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 1990.

Ministério da Saúde. **Portaria nº 55, de 24 de fevereiro de 1999.** Estabelece a rotina do Tratamento Fora de Domicílio (TFD) no Sistema Único de Saúde. Brasília, 1.999.

Ministério da Saúde. **Portaria nº 280, de 07 de abril de 1999.** Torna obrigatório nos hospitais públicos, contratados ou conveniados com o Sistema Único de Saúde – SUS, a viabilização de meios que permitam a presença do acompanhante de pacientes maiores de 60 (sessenta) anos de idade, quando internados. Brasília, 1.999.

Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.230, de 14 de outubro de 1999.** Aprova a Implantação no SIA/SUS, a Tabela de procedimentos com estrutura de codificação de 8 dígitos e estabelece que os procedimentos incluídos na tabela do SIA/SUS, pertencentes ao grupo 08- Cirurgias Ambulatoriais Especializadas e ao grupo 21- Próteses e Órteses, somente poderão ser realizados e cobrados a partir de regulamentação específica a ser emitida pela Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília, 1.999.

Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.309, de 19 de dezembro de 2001.** Institui a Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade – CNRAC. Brasília, 1.999.

Ministério da Saúde. **Portaria nº 589, de 27 de dezembro de 2001.** Implementa a Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade – CNRAC, orientando aos fluxos e diretrizes de operacionalização. Brasília, 2001.

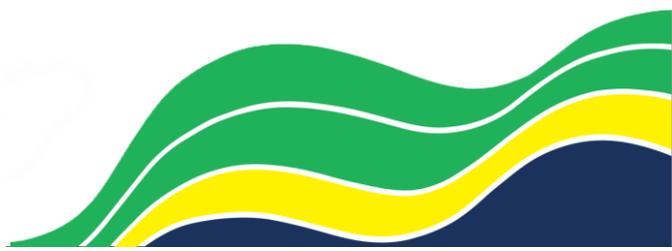
Ministério da Saúde. **Portaria nº 505, de 12 de agosto de 2002.** Implementa a atuação da CNRAC no âmbito ambulatorial, exclusivamente para os procedimentos do Grupo 26 – Hemodinâmica. Brasília, 2002.

Ministério da Saúde. **Portaria nº 567, de 13 de outubro de 2005.** Define a responsabilidade sobre as séries numéricas das autorizações de Internação Hospitalar – AIH e das Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo – APAC. Define a série numérica da CNRAC - AIH e APAC. Brasília, 2005.

Ministério da Saúde. **Portaria nº 210, de julho de 2005.** Define e determina as diretrizes da Política Nacional de Cardiologia, exclusão, inclusão e substitui procedimentos da Tabela de Procedimentos SUS - SIH e SIA. Brasília, 2005

Ministério da Saúde. **Portaria nº 756, de 27 de dezembro de 2005.** Define e determina as diretrizes da Política de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia e Neurologia. Brasília, 2005.

Ministério da Saúde. **Portaria nº 757, de 27 de dezembro de 2005.** Dispõe sobre a mudança de característica e financiamento do procedimento de Radiocirurgia Estereotáxica, tirando do âmbito da Tabela de Procedimentos Hospitalares - SIH e inserido na Tabela de Procedimentos Ambulatoriais – SAI. Brasília, 2005.



Ministério da Saúde. **Portaria nº 686, de 19 de dezembro de 2007.** Estabelece na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde – SUS o elenco de procedimentos da Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade - CNRAC, conforme descrito no anexo desta Portaria. Brasília, 2005.

Ministério da Saúde. **Portaria nº 258, de 30 de julho de 2009.** Aprova o regulamento técnico, as orientações técnicas para inclusão de laudo de solicitação e o elenco de procedimentos definidos como de alta complexidade, nas especialidades de cardiologia, neurologia, oncologia, ortopedia e gastroenterologia, com o objetivo de disciplinar e otimizar as atividades da CNRAC e das CERAC, em todo território nacional. Brasília, 2009.

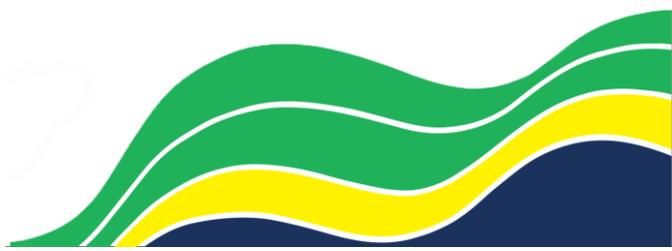


## 26. – ANEXOS

## ANEXO 1 – MODELO DO PEDIDO DE TFD INTRAESTADUAL

## PEDIDO DE TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO INTRAESTADUAL

MUNICÍPIO DE ORIGEM:		REGIONAL DE SAÚDE:	
Nº CARTÃO DO SUS:		PEDIDO Nº	DATA:
NOME PACIENTE:		NOME DA MÃE:	
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____	IDADE:	MUNICÍPIO DE NASCIMENTO:	UF:
SEXO: ( ) MASCULINO ( ) FEMININO	ALTURA: (CENTÍMETROS)	PESO: (GRAMAS)	
ENDEREÇO:		Nº	BAIRRO:
MUNICÍPIO:	COMPLEMENTO:	CEP:	UF:
E-MAIL:	TELEFONE:	TELEFONE CELULAR:	
IDENTIDADE:	ÓRGÃO EMISSOR:	UF:	DATA DA EXPEDIÇÃO:
CPF:	CERTIDÃO DE NASCIMENTO: (ANEXAR CÓPIA)		
PACIENTE: ( ) 1º ATENDIMENTO FORA DO DOMICÍLIO ( ) EM TRATAMENTO (Anexar comprovantes)			
TFD INTRAESTADUAL JUSTIFICATIVA:  <p style="text-align: center;">Assinatura Solicitante (Gestor)</p>			
PARECER DO TFD:  ( ) NEGADO ( ) AUTORIZADO ( ) INCONCLUSIVO	JUSTIFIQUE:		
Comissão Autorizadora / Data		Servidor/Carimbo/Matrícula	
OBS: em caso de reavaliação do processo, utilizar verso do pedido.			



<b>REAVALIAÇÃO DE LAUDO INCONCLUSIVO:</b>			
<b>SITUAÇÃO DO LAUDO</b> <input type="checkbox"/> AUTORIZADO <input type="checkbox"/> NEGADO <input type="checkbox"/> INCONCLUSIVO	PROCEDIMENTO AUTORIZADO:	DESTINO:	CÓDIGO:
	MOTIVO:		
DATA DA AUTORIZAÇÃO  ____/____/____	MÉDICO AUTORIZADOR (ASSINATURA/CARIMBO)	CRM	



**ANEXO 2 – MODELO DE LAUDO MÉDICO**  
**LAUDO MÉDICO TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO**

NOME DO PACIENTE:		IDADE:	TIPO SANGUÍNEO:
PROCEDIMENTO SOLICITADO:		CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SIGTAP:	
DIAGNÓSTICO INICIAL:		CID 10:	
1 – HISTÓRICO DA DOENÇA (PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS):			
2 – EXAME FÍSICO:			
3 – DIAGNÓSTICO RELACIONADO AO PROCEDIMENTO SOLICITADO (OBRIGATÓRIO PARA CNRAC):			
4 – PRINCIPAIS RESULTADOS/EXAMES COMPLEMENTARES (ANEXAR CÓPIAS):			
5 – TRATAMENTOS REALIZADOS:			
6 – CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A CONSULTA OU PROCEDIMENTO:			



7 – DADOS REFERENTES À AVALIAÇÃO CLÍNICA GERAL: CLASSE FUNCIONAL DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA (NYHA) (OBRIGATÓRIO CNRAC) FUNÇÃO VENTRICULAR (OBRIGATÓRIO CNRAC) PADRÃO RESPIRATÓRIO FUNÇÃO RENAL E HEPÁTICA ESTADO NEUROLÓGICO SUMÁRIO		
8 – MEDICAMENTOS EM USO E DOSE (OBRIGATÓRIO PARA CNRAC):		
9 – ESTADO NUTRICIONAL (IMC E OUTROS):		
10 – CARACTERIZAÇÃO DE EVENTUAL URGÊNCIA NA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO:		
11 – HISTÓRIA PREGRESSA E ATUAL SIGNIFICATIVA, ESPECIALMENTE QUANTO AO USO E ALERGIA A MEDICAMENTOS, BEM COMO ALERGIA A CONTRASTES ANESTÉSICOS E ANTI-SÉPTICOS:		
12 – JUSTIFICAR AS RAZÕES QUE IMPOSSIBILITAM A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO/EXAMES NA LOCALIDADE:		
13 – JUSTIFICAR EM CASO DE NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE:		
14 – TRANSPORTE RECOMENDÁVEL: EM CASO DE TRANSPORTE AÉREO, TORNA-SE OBRIGATÓRIO JUSTIFICATIVA.  ( ) RODOVIÁRIO    ( ) AÉREO    ( ) FLUVIAL  JUSTIFICATIVA CLINICA:		
LOCAL E DATA:		NOME DO MÉDICO SOLICITANTE:
CPF:	Nº CNES:	ASSINATURA/ CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:
Nº CNS DO MÉDICO	TELEFONE:	CELULAR:



## ANEXO 3 – MODELO DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

### DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, \_\_\_\_\_,  
 CPF nº \_\_\_\_\_ RG nº \_\_\_\_\_ Órgão Exped. \_\_\_\_\_,  
 proprietário (a) da residência/apartamento localizado na Rua/Av. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_,  
 Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, declaro para os devidos fins que  
 o (a) Sr. (a) \_\_\_\_\_,  
 CPF nº \_\_\_\_\_ RG nº \_\_\_\_\_ Órgão Exped. \_\_\_\_\_,  
 reside comigo ou mora no endereço supracitado.

Por ser verdade, dato e assino o presente documento, declarando estar ciente de que  
 responderei criminalmente em caso de falsidade das informações aqui prestadas.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  
 Local Data

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do Declarante

#### Observações:

- 1) Anexar cópia do Documento Oficial com foto e assinatura do Declarante, para reconhecimento da assinatura;
- 2) Anexar Comprovante de Residência em nome do Declarante;



## ANEXO 4 – MODELO DE RELATÓRIO DE ALTA / CONTRA REFERÊNCIA

### PROGRAMA DE TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO DO AMAZONAS RELATÓRIO DE ALTA

NOME DO HOSPITAL: _____		
CIDADE: _____	ESTADO: _____	Nº DO PRONTUÁRIO: _____
NOME DO PACIENTE: _____		
POSSUI ACOMPANHANTE? SIM ( <input type="checkbox"/> ) NÃO ( <input type="checkbox"/> ) NOME DO ACOMP.: _____		

DIAGNÓSTICO / MOTIVO DO TFD: \_\_\_\_\_

OUTROS DIAGNÓSTICOS: \_\_\_\_\_

PROCEDIMENTO OU EXAMES REALIZADOS: \_\_\_\_\_

TRATAMENTO REALIZADO: \_\_\_\_\_

CONDIÇÃO ATUAL DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

AVALIAÇÃO POR OUTRAS ESPECIALIDADES? QUAIS? MOTIVO(S)? \_\_\_\_\_

HOUVE NECESSIDADE DE INTERNAÇÃO: (  ) SIM (  ) NÃO PERÍODO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ À \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ATENDIMENTO VIA SUS: (  ) SIM (  ) NÃO SE NÃO, CITE A FORMA DE ATENDIMENTO: \_\_\_\_\_

HÁ NECESSIDADE DE RETORNO: (  ) SIM (  ) NÃO COM ACOMPANHANTE: (  ) SIM (  ) NÃO DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

JUSTIFICAR O MOTIVO DO RETORNO, ESPECIFICANDO QUE TIPO DE TRATAMENTO DEVERÁ TER CONTINUIDADE E/OU SE NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE ALGUM ACOMPANHAMENTO NO MUNICÍPIO DE ORIGEM: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO MÉDICO/CARIMBO: \_\_\_\_\_

DATA DA ALTA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ DATA DE PREENCHIMENTO DESTE RELATÓRIO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

TELEFONE/ E-MAIL PARA CONTATO COM PACIENTE: \_\_\_\_\_

Pegar passagem da próxima consulta dia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Ciente: \_\_\_\_\_



## ANEXO 5 – MODELO DE RELATÓRIO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS

PACIENTE:	DOCUMENTO DE IDENTIDADE:
ENDEREÇO RESIDÊNCIAL:	TELEFONE P/ CONTATO:
ACOMPANHANTE:	DOCUMENTO DE IDENTIDADE:
ENDEREÇO RESIDÊNCIAL:	TELEFONE P/ CONTATO:
LOCAL DA CONSULTA (HOSPITAL-CNES):	ESTADO:
SAÍDA DE MANAUS: ____/____/____      RETORNO À MANAUS: ____/____/____	
<b>01. GASTO COM HOSPEDAGEM:</b>	
NOME DO LOCAL:	
ENDEREÇO:	
TELEFONE:	
RESPONSÁVEL PELA HOSPEDAGEM:	
PERÍODO DE PERMANÊNCIA:      DATA ENTRADA DIA: ____/____/____      SAIU DIA: ____/____/____	
VALOR PAGO POR DIA: R\$ _____	TOTAL GASTOS NA HOSPEDAGEM: R\$ _____
<b>02. GASTOS COM TRANSPORTE:</b>	
( ) ÔNIBUS: INDICAR VALOR UNITÁRIO PASSAGEM: R\$ _____ TOTAL GASTO: R\$ _____	
( ) TÁXI: INDICAR N° DE VIAGENS: QT. _____ TOTAL GASTO: R\$ _____	
( ) METRÔ : INDICAR VALOR UNITÁRIO PASSAGEM R\$ _____ TOTAL GASTO: R\$ _____	
<b>03. GASTOS COM ALIMENTAÇÃO:</b>	
TOTAL DAS DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO: R\$ _____	
_____ ASSINATURA DO PACIENTE OU ACOMPANHANTE	

Obs.: Apresentar recibos de hospedagem, de transporte utilizados e de despesas exclusivamente com alimentação, não é permitido realizar despesas de outra ordem daquelas previstas nas orientações.



**ANEXO 6 – TABELA DO SISTEMA DE GERENCIAMENTO DE PROCEDIMENTOS -  
SIGTAP (Medicamentos e OPM do SUS)**

<b>Código</b>	<b>Descrição</b>	<b>Valor Tabela SIGTAP</b>
08.03.01.006.0	Ajuda de custo para alimentação/pernoite de acompanhante (para Tratamento CNRAC)	R\$ 24,75
08.03.01.002.8	Ajuda de custo para alimentação de paciente do TFD sem pernoite	R\$ 8,40
08.03.01.004.4A	Ajuda de custo para alimentação/pernoite de acompanhante	R\$ 24,75
08.03.01.001.0A	Ajuda de custo para alimentação/pernoite de paciente do TFD	R\$ 24,75
08.03.01.003.6	Ajuda de custo para alimentação/pernoite de paciente (p/Tratamento CNRAC)	R\$ 24,75
08.03.01.005.2A	Ajuda de custo para alimentação de acompanhante s/pernoite	R\$ 8,40
08.03.01007.9	Unidade de remuneração p/ deslocamento de acompanhante por transporte aéreo (cada 200 milhas)	R\$ 181,50
08.03.01.008.7	Unidade de remuneração p/ deslocamento de paciente por transporte aéreo (cada 200 milhas)	R\$ 181,50
08.03.01.009.5	Unidade de remuneração p/ deslocamento de remuneração transporte fluvial (cada 27 milhas náuticas);	R\$ 3,70
08.03.01.011.7	Unidade de remuneração p/ deslocamento de paciente por transporte fluvial (cada 27 milhas náuticas)	R\$ 3,70
08.03.01.010.9	Unidade de remuneração p/ deslocamento de acompanhante por transporte terrestre (cada 50 KM de distância)	R\$ 4,95
08.03.01.012.5	Unidade de remuneração p/ deslocamento de paciente por transporte terrestre (cada 50 KM de distância)	R\$ 4,95
08.03.01.013.3a	Unidade de remuneração p/ deslocamento Interestadual de acompanhante por transporte aéreo (cada 200milhas)- (p/tratamento CNRAC)	R\$ 181,50
08.03.01.014.1p	Unidade de remuneração p/ deslocamento Interestadual de paciente por transporte aéreo (cada 200 milhas) - (p/ tratamento CNRAC)	R\$ 181,50

