



PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA
DOS AIMORÉS - MINAS GERAIS,

Sancionado o Projeto de Lei nº 05/2017

Discutido e Votado pela Câmara Municipal
em 22/05/2017

Lei Municipal nº 950/2017

Publicada em 25/05/2017


Iran Pacheco Cordeiro
Prefeito Municipal
Serra dos Aimorés

LEI Nº. 950/2017 de 25/05/2017

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

A Câmara Municipal de Serra dos Aimorés, Estado de Minas Gerais, aprova e eu, Prefeito, sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º. O auxílio para tratamento fora de domicílio – TFD - é o instrumento legal que visa garantir, pelo Sistema Único de Saúde – SUS, o tratamento de média e alta complexidade a pacientes portadores de doenças não tratáveis no Município de Serra dos Aimorés-MG.

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

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



PARCERIA COM O PROGRESSO

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

CAPÍTULO I DO PROCEDIMENTO PARA SOLICITAÇÃO DO TFD

Art. 4º. A solicitação de TFD deverá ser feita pelo médico assistente do paciente nas unidades vinculadas ao SUS e autorizadas por Comissão Municipal de TFD, designada pelo Gestor Municipal de Saúde, que solicitará se necessário, exames ou documentos que complementem a análise de cada caso.

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

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

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

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



PARCERIA COM O PROGRESSO

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

Art. 10 - Os valores dos procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS relativo as remunerações para transporte são individuais, referentes ao paciente e ao acompanhante, conforme o caso.

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

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

Art. 13 - O TFD somente será concedido para pacientes em tratamento ambulatorial.

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

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

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



PARCERIA COM O PROGRESSO

Art. 17 - Serão necessárias para liberação das passagens as seguintes documentações:

- I - O Pedido de Tratamento Fora do Domicílio (Formulário de TFD) preenchido e carimbado por médico da rede pública de saúde municipal;
- II - Cópia dos exames realizados pelo paciente;
- III - 3 (três) cópias do RG (carteira de identidade) e do CPF (Cadastro de Pessoa Física);
- IV - 3 (três) cópias do comprovante de endereço.

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

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

- I - Relatório médico do paciente esclarecendo o motivo da impossibilidade do paciente se deslocar desacompanhado, juntamente com análise do médico autorizador;
- II - 3 (três) cópias do RG (carteira de identidade) e do CPF (Cadastro de Pessoa Física);
- III - 3 (três) cópias do comprovante de endereço.

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

CAPÍTULO II DA AUTORIZAÇÃO DO AUXÍLIO

Art. 20 - Na concessão do benefício serão observados os seguintes critérios:



- I - A autorização para o TFD se dará à pacientes atendidos pela rede pública de saúde do Município de Serra Dos Aimorés-MG, ambulatorial e hospitalar, conveniada ou credenciada pelo SUS;
- II - O benefício será prestado pela Secretaria Municipal de Saúde ao usuário do SUS/MG quando esgotado todos os meios de tratamento no Município;
- III - será concedido somente para pacientes em tratamento ambulatorial;
- IV - O Tratamento Fora do Domicílio somente poderá ser autorizado quando estiver garantido o atendimento no município de referência, através de apazamento pela Central de Marcação de Consultas e Exames Especializados e pela Central de Disponibilidade de Leitos, com o horário e data previamente definidos;
- V - Somente será permitido o pagamento de despesas para deslocamento de acompanhante, nos casos em que houver indicação médica, esclarecendo o motivo da impossibilidade do paciente se deslocar desacompanhado, devendo o acompanhante ser maior de 18 (dezoito) anos, documentado e capacitado físico/mental e não residir no local de destino;
- VI - O Tratamento Fora de Domicílio - TFD não se responsabilizará pelo pagamento de passagens e diárias quando o usuário se deslocar por conta própria ou quando permanecer no local do destino, por um período maior do que o autorizado pelo Setor de TFD do Município de origem, exceto, quando houver indicação médica devidamente justificada no formulário de atendimento do município de destino.

CAPÍTULO III DA NÃO AUTORIZAÇÃO DO AUXÍLIO

Art. 21 - O TFD não será autorizado:

- I - Para procedimentos não constantes na tabela SIA e SIH/SUS;
- II - Para tratamento para fora do país;
- III - para pagamento de UTI móvel;
- IV - para pagamento de diárias a pacientes durante o tempo em que estiverem hospitalizados no município de destino;
- V - Em tratamentos que utilizem procedimentos assistenciais contidos no Piso de Atenção Básica (PAB) ou em tratamentos de longa duração, que exijam a fixação definitiva no local de tratamento;



PARCERIA COM O PROGRESSO

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

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

CAPÍTULO IV DA RESPONSABILIDADE DO MUNICÍPIO

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

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

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

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

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

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

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

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

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



PARCERIA COM O PROGRESSO

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

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

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

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

CAPÍTULO V DA RESPONSABILIDADE DO MUNICÍPIO DE DESTINO

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

Art. 26 - O médico assistente deverá preencher o campo 12 (doze) do formulário "Relatório de Atendimento", caso seja necessário o retorno do paciente.

CAPÍTULO VI DA RESPONSABILIDADE DO PACIENTE

Art. 27 - O paciente ou responsável tão logo retorne ao órgão de origem, terá um prazo de até 5 (cinco) dias úteis para encaminhar os comprovantes das passagens e o Relatório de Atendimento ao Setor TFD de origem para devida prestação de contas.



PARCERIA COM O PROGRESSO

Art. 28 - O paciente deverá solicitar com antecedência mínima de 15 (quinze) dias o auxílio para Tratamento Fora do Domicílio, ressalvados os casos de urgência ou cuja confirmação da consulta ou do procedimento médico tenha sido comunicada pelo órgão de destino em período inferior ao definido na presente Lei.

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

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

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

CAPÍTULO VII
SETOR DO TFD – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Da Comissão Municipal Responsável pelo TFD

Art. 32 - A comissão responsável pelo TFD deverá ser composta pelo Secretário Municipal de Saúde, 1 (um) médico, 1 (um) Assistente Social, 1 (um) psicólogo e 1 (um) Servidor da Secretaria Municipal de Administração ou Finanças e 01 (um) membro do Conselho Municipal de Saúde.



PARCERIA COM O PROGRESSO

Art. 33 - Compete a Comissão Municipal Responsável pelo TFD da Secretaria Municipal de Saúde:

- I - Receber o paciente juntamente com as 3 (três) vias de Solicitação de Tratamento Fora do Domicílio preenchidas pelo médico solicitante nos campos de números 17 (dezesete) a 28 (vinte e oito) indicando o tratamento e/ou exames a serem realizados;
- II - Verificar a real necessidade do deslocamento e em caso afirmativo preencher os campos 01 (um) a 16 (dezesesseis) da Solicitação de TFD;
- III - analisar as solicitações de Tratamento Fora do Domicílio, conforme roteiro de Solicitação do Auxílio TFD.
- IV - Autorizar o deslocamento dos pacientes;
- V - Providenciar o atendimento do paciente junto à Unidade Assistencial de Destino, informando ao paciente data, horário e local do atendimento/consulta;
- VI - Anotar o agendamento no campo de número 30 (trinta) das 3 (três) vias do formulário de Solicitação de TFD e assinar como responsável pelo agendamento;
- VII - preencher o recibo de pagamento em 3 (três) vias para paciente apresentar no Setor Financeiro do município;
- VIII - encaminhar o paciente ao Setor Financeiro responsável pelo pagamento das despesas relativas ao deslocamento do paciente e acompanhante para o Tratamento Fora do Domicílio - TFD;
- IX - Arquivar a 1ª (primeira) via da Solicitação de TFD e entregar ao paciente a 2ª (segunda) via, que deverá ser apresentada na Unidade Assistencial de Destino, juntamente com duas vias do Relatório de Atendimento;
- X - Devolver as vias de Solicitação de TFD ao paciente quando o deslocamento não for autorizado;

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

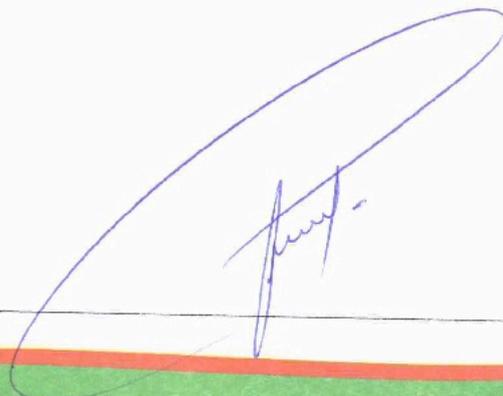
- IV - Arquivo a 3ª (terceira) via;
- V - O paciente guarda a 2ª (segunda) via do Recibo de Pagamento de TFD como comprovante e desloca-se à Unidade Assistencial de Destino com 2ª (segunda) via de Solicitação de TFD e as duas vias do Relatório de Atendimento;
- VI - A Unidade Assistencial de Destino atende o paciente conforme agendamento; preenche os campos de números 8 (oito) a 10 (dez) do Relatório de Atendimento nas duas vias; colhe a assinatura do paciente no campo de número 11 (onze) nas duas vias, arquiva a 2ª (segunda) via da Solicitação de TFD e do Relatório de Atendimento e devolve a 1ª (primeira) via do Relatório de Atendimento ao paciente devidamente preenchida e carimbada;
- VII - o paciente ao retornar ao seu Município de origem, deverá em até 3 (três) dias úteis entregar a 1ª (primeira) via do Relatório de Atendimento ao Setor de TFD local para comprovar o atendimento e proceder à prestação de contas;
- VIII - o Setor de TFD da Secretaria Municipal de Saúde recebe do paciente a 1ª (primeira) via da Solicitação de TFD e arquiva; preenche o Formulário Demonstrativo de Atendimento, anexo com a 1ª (primeira) via da Solicitação de TFD e arquiva.

CAPÍTULO IX TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO – FORA DO ESTADO

Art. 41 - O Tratamento Fora do Domicílio para Fora do Estado é para atendimento a pacientes residentes no Município de SERRA DOS AIMORÉS-MG, portadores de doenças não tratáveis no próprio Estado de Minas Gerais.

§ único – Os termos do artigo supracitado, não se aplicam aos pacientes que já se encontram em tratamento, e que frequentam unidades de saúde diversas daquelas descritas no caput deste artigo.

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





PARCERIA COM O PROGRESSO

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

CAPÍTULO X DAS DESPESAS

Art. 44 - As despesas relativas ao TFD no Município de SERRA DOS AIMORÉS são aquelas relativas a transporte terrestre rodoviário e aéreo, diárias que inclui alimentação e pernoite e traslado de corpo em caso de óbito.

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

Art. 46 - As passagens para transporte terrestre rodoviário serão fornecidas pela Secretaria Municipal de Saúde.

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

Art. 47 - Os valores a serem pagos a título de auxílio de TFD serão regulamentados por Resolução aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde conforme itens abaixo:

- I - Unidade de remuneração para transporte aéreo a cada 200 (duzentas) milhas por paciente/acompanhante;
- II - Unidade de remuneração para transporte terrestre a cada 50 km (cinquenta quilômetros) de distância por paciente/acompanhante;
- III - Ajuda de custo para alimentação de paciente e acompanhante quando não ocorrer pernoite fora do domicílio;
- IV - Ajuda de custo para diária completa (alimentação e pernoite) de paciente;



PARCERIA COM O PROGRESSO

V - Ajuda de custo para alimentação de paciente sem acompanhante quando não ocorrer o pernoite fora do domicílio;

VI - Ajuda de custo para diária completa (alimentação e pernoite) para acompanhante.

Parágrafo único - Os valores poderão ser reajustados mediante lei autorizativa e ou pelas alterações estatuídas pelo sistema SIA/SUS em consonância com as disponibilidades financeiras do Município de SERRA DOS AIMORÉS.

CAPÍTULO XI DA LIBERAÇÃO DE PASSAGEM AÉREA

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

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

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

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



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

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

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

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

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

Art. 57 - Os procedimentos serão processados e pagos pelo SIA/SUS.

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

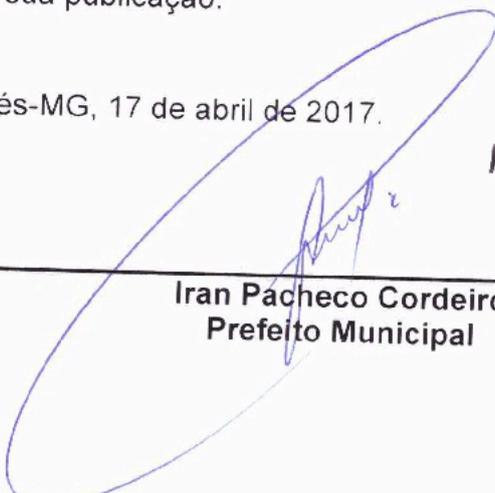


Art. 59 - Correrão à conta de dotações orçamentárias próprias, consignadas no orçamento vigente, as despesas oriundas com a execução da presente lei.

Art. 60 - Revogadas as disposições em contrário, a presente Lei entra em vigor na data da sua publicação.

Serra dos Aimorés-MG, 17 de abril de 2017.

Iran Pacheco Cordeiro
Prefeito Municipal
Serra dos Aimorés


Iran Pacheco Cordeiro
Prefeito Municipal

ANEXO I

SUS- SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Secretaria Municipal de Saúde

TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO

LAUDO MÉDICO

Paciente: _____

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Sexo: _____

Cidade de Origem: _____



PREFEITURA MUNICIPAL
**SERRA
DOS AIMORÉS**

Estado: _____

Regional de Saúde:
PARCERIA COM O PROGRESSO

Local de Encaminhamento: _____

Motivo do Encaminhamento:

Nome do Médico: _____

CRM: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Carimbo de Assinatura: _____

Anexo II

SUS- SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Secretaria Municipal de Saúde

GUIA DE SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO

Nome do Paciente: _____

Endereço: _____

Documento de Identidade:

Tipo:

Cidade:

Estado:

C.E.P.:

Telefone:

Profissão:

Data de Nascimento: ___/___/___

Nome do Acompanhante:

Documento de Identidade:

Tipo:

Relação com o Paciente:

Primeiro Encaminhamento: () SIM () NÃO

Retorno: () SIM () NÃO

DADOS MÉDICOS:

Preenchimento Obrigatório de Todos os Campos- LETRA LEGÍVEL

1-Histórico da Doença Atual:

2-Exame Físico:

3-Diagnóstico Provável:

4- CID:

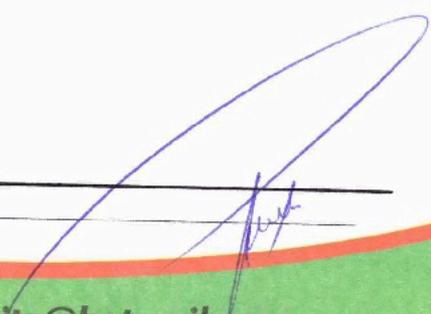
5-Exame(s) Complementar(es) Realizado(s):

Anexar Cópias

6-Tratamento(s) Realizado(s):

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

8-Duração Provável do Tratamento:





PARCERIA COM O PROGRESSO

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

11-Justificar em caso de necessidade de encaminhamento urgente:

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

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

13-Tipo de Transporte recomendável

Justificar, em caso positivo, dentro das normas do TFD

Paciente: () ambulância

() cadeira de rodas

() maca

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



TIPO: Ônibus Convencional
 Ônibus leito
 Ambulância
 Automóvel

AÉREO

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

Local/Data:

Nome do Médico Assistente:

Endereço:

Telefone para Contato:

Assinatura e Carimbo

Campos de preenchimento obrigatório

AUTORIZAÇÃO DO TFD

Aprovação do Gestor Local (SMS ou Regional de Saúde)



PARCERIA COM O PROGRESSO
Encaminhado a:

Local/Data _____

Nome: _____

Assinatura do Médico/Carimbo: _____

Necessidade de retorno: () SIM () NÃO

Data provável do retorno: ____/____/200 .

Local _____ DATA ____/____/200

Assinatura e Carimbo do Responsável _____