



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DE MATO GROSSO - CIB/MT

RESOLUÇÃO CIB/MT Nº 294 DE 06 DE JULHO DE 2023.

Dispõe sobre a atualização do Manual de Normatização de Tratamento Fora de Domicílio – TFD no Estado de Mato Grosso, no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS/MT.

A COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DE MATO GROSSO - CIB/MT, no uso de suas atribuições legais e considerando:

I - A Constituição Federal no seu Artigo nº 198, que preconiza a integralidade do atendimento à saúde;

II - A Lei nº 8080, de 19/09/90, que dispõe sobre a Organização do SUS, o Planejamento da Saúde, a Assistência à Saúde e Articulação Interfederativa;

III - A Lei Complementar nº 22, de 09/11/1992, que institui o Código Estadual de Saúde, dispõe sobre a organização, a regulamentação, a fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde no Estado, caracteriza o Sistema Único de Saúde nos níveis Estadual e Municipal e dá outras providências;

IV - A Portaria de Consolidação nº 02, de 28/09/2017, que instituiu a Política Nacional de Regulação do SUS, a regulação do acesso à assistência deve ser efetivada pela disponibilização;

V - A Portaria SAS/MS/nº 055, de 24/02/1999, que dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde - SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências;

VI - A Resolução CIB/MT nº 061, de 16/12/2003, que regulamenta a concessão do auxílio para TFD no Estado de Mato Grosso, no âmbito do Sistema Único de Saúde;

VII - A Resolução CIB/MT nº 005, de 11/03/2005, que dispõe sobre a alteração do Manual de Normatização de Tratamento Fora de Domicílio Interestadual (TFD) do Estado de Mato Grosso, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS/MT;

VIII- A Resolução CIB/MT nº 037, de 14/06/2007, que dispõe sobre a alteração da Resolução CIB Nº. 005 de 11 de março de 2005, referente à Tratamento Fora de Domicílio Interestadual -TFD no Estado de Mato Grosso, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS;

IX- A Resolução CIB/MT nº359 de 10 de novembro de 2022, que dispõe sobre a atualização do Manual de Normatização de Tratamento Fora do Domicílio (TFD) do Estado de Mato Grosso, no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS/MT;

Centro Político Administrativo, Bloco 05, CEP 78.050-970, Cuiabá-MT Página 1 de 2
Telefone: (65) 3613-5409 - E-mail: secibmt@ses.mt.gov.br

GILBERTO
GOMES
DE
FIGUEIRE
DO:17482
445153

Assinado de
forma digital
por GILBERTO
GOMES DE
FIGUEIREDO:
44245153
Data: 2023.07.10
14:33:08 -04'00'

Flávio Alexandre dos Santos
Presidente do COSEMS/MT
Biênio 2023-2025



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DE MATO GROSSO - CIB/MT

X - A necessidade de Revisão do Manual de Normatização de Tratamento Fora de Domicílio TFD do Estado de Mato Grosso, a fim de atualizar todas as Diretrizes estabelecidas para que o usuário do SUS, tenha acesso à Rede de Serviços com Sistema de Referência e Contra Referência na ausência da assistência necessária no Estado de origem, de forma resolutiva e eficaz.

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar a atualização do Manual de Normatização de Tratamento Fora de Domicílio Interestadual -TFD do Estado de Mato Grosso, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS/MT, conforme anexo desta Resolução.

Art. 2º Revogando a Resolução CIB/MT nº 005, de 11/03/2005, Resolução CIB/MT nº 037, de 14/06/2007 e Resolução CIB/MT nº 359, de 10/11/2022.

Art. 3º Esta Resolução entra em vigor na data da sua assinatura.

Cuiabá/MT, 06 de julho de 2023.

GILBERTO GOMES DE FIGUEIREDO:17482445153
Assinado de forma digital por GILBERTO GOMES DE FIGUEIREDO:17482445153
Dados: 2023.07.10 14:33:24 -04'00'

Gilberto Gomes de Figueiredo
Presidente da CIB /MT

Flávio Alexandre dos Santos
Presidente do COSEMS/MT

Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta do Complexo Regulador
Superintendência de Regulação da Saúde
Coordenadoria de Tratamento Fora de Domicílio

TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO

TFD

MANUAL

**NORMATIZAÇÃO DO TRATAMENTO FORA
DO DOMICÍLIO – TFD
DO ESTADO DE MATO GROSSO**



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta do Complexo Regulador
Superintendência de Regulação da Saúde
Coordenadoria de Tratamento Fora de Domicílio



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO

MAURO MENDES FERREIRA
Governador do Estado de Mato Grosso

OTAVIANO PIVETTA
Vice-Governador

GILBERTO GOMES DE FIGUEIREDO
Secretário de Saúde do Estado Mato Grosso

FABIANA C. S. BARDI
Secretária Adjunta do Complexo Regulador

JOSIED MARPRATES CUNHA
Superintendente de Regulação da Saúde

MARCOS VINÍCIUS DE A. SOUZA
Coordenador Do Tratamento Fora Do Domicílio



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta do Complexo Regulador
Superintendência de Regulação da Saúde
Coordenadoria de Tratamento Fora de Domicílio



ELABORAÇÃO E REVISÃO

Fabiana C. S. Bardi Josied

Marprates Cunha

Marcos Vinícius de A. Souza

Hudson Marcelo da Costa

Servidores do TFD

ONG - Mães do TFD

COLABORAÇÃO:

Servidores do TFD

SUMÁRIO

- 1. MISSÃO DO SERVIÇO DE TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO - TFD**
- 2. APRESENTAÇÃO**
- 3. DEFINIÇÃO**
- 4. DO PEDIDO**
- 5. DOS DOCUMENTOS**
 - 5.1. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS**
- 6. DA REGULAÇÃO**
- 7. DAS RESTRIÇÕES**
- 8. FLUXO DO TFD**
 - 8.1. DA REGULAÇÃO INTERESTADUAL**



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta do Complexo Regulador
Superintendência de Regulação da Saúde
Coordenadoria de Tratamento Fora de Domicílio

8.2. DA FORMALIZAÇÃO DO PROCESSO PARA TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO

9. DA EMISSÃO DE PASSAGENS PARA TFD

10. DA AJUDA DE CUSTO

10.1. DOS PRAZOS

10.2. DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA REALIZAR A PRESTAÇÃO DE CONTAS

10.3. DO PAGAMENTO DAS DIÁRIAS

10.4. DA SUSPENSÃO DA AJUDA DE CUSTO

11. DA RENOVAÇÃO/PRORROGAÇÃO DO TFD

12. DAS SOLICITAÇÕES INDEFERIDAS

13. DO TRATAMENTO

14. DO RETORNO

15. DA NOVA SOLICITAÇÃO

16. DO ACOMPANHANTE

17. DAS DESPESAS

17.1. DAS DESPESAS INTERMUNICIPAIS

17.2. DAS DESPESAS INTERESTADUAIS

17.3. DO REEMBOLSO

17.3.1. Reembolso de passagens

17.3.2. Reembolso de serviço funeral

17.4. DAS DESPESAS COM ÓBITOS

18. DO PROCESSAMENTO

19. DAS COMPETÊNCIAS

20. DA INTERRUPÇÃO, CANCELAMENTO OU DESLIGAMENTO DO PROGRAMA TFD

21. DA RESPONSABILIDADE CIVIL

22. CONSIDERAÇÕES FINAIS

23. LEGISLAÇÃO REFERENCIADA

24. CONTATOS – TFD



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta do Complexo Regulador
Superintendência de Regulação da Saúde
Coordenadoria de Tratamento Fora de Domicílio

25. ANEXOS DE FORMULÁRIOS

PEDIDO DE TRATAMENTO FORA DO DOMÍLIO

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA ENTRADA DE ABERTURA DE
PROCESSO TFD

RELATORIO DO SERVIÇO SOCIAL DO TFD

LAUDO MÉDICO DE DIAGNOSTICO E TRATAMENTO FORA DO
DOMICILIO

PARECER MÉDICO REGULADOR DO TFD – ANDAMENTO DE
PROCESSO

AGENDAMENTO E CONFIRMAÇÃO DE PRIMEIRA CONSULTA PARA
FORA DO ESTADO - SERVIÇO SOCIAL / TFD

TERMO DE ESCLARECIMENTO DO PEDIDO DE AJUDA DE CUSTO

TERMO DE RESPONSABILIDADE DO COMPARECIMENTO AO
AEROPORTO

REQUERIMENTO DE AJUDA DE CUSTO

DECLARAÇÃO MÉDICA

RELATÓRIO DE CONTRA-REFERÊNCIA



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta do Complexo Regulador
Superintendência de Regulação da Saúde
Coordenadoria de Tratamento Fora de Domicílio

MINUTA DE RESOLUÇÃO CIB/MT XXXXXXXX, DE 15 DE JUNHO DE 2023.

Dispõe sobre a alteração do Manual de Normatização de Tratamento Fora de Domicílio – TFD no Estado de Mato Grosso, no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS/MT.

1 - A Constituição Federal no seu Artigo nº 198, que preconiza a integralidade do atendimento à saúde;

II - A Lei nº 8080, de 19/09/90, que dispõe sobre a Organização do SUS, o Planejamento da

Saúde, a Assistência à Saúde e Articulação Interfederativa;

III - A Lei Complementar nº 22, de 09/11/1992, que institui o Código Estadual de Saúde, dispõe sobre a organização, a regulamentação, a fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde no Estado, caracteriza o Sistema Único de Saúde nos níveis Estadual e

Municipal e dá outras providências;

IV - A Portaria de Consolidação nº 02, de 28/09/2017, que instituiu a Política Nacional de Regulação do SUS, a regulação do acesso à assistência deve ser efetivada pela disponibilização;

V - A Portaria SAS/MS/nº 055, de 24/02/1999, que dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde - SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências;

VI - A Resolução CIB/MT nº 061, de 16/12/2003, que regulamenta a concessão do auxílio para TFD no Estado de Mato Grosso, no âmbito do Sistema Único de Saúde;

VII - A Resolução CIB/MT nº 005, de 11/03/2005, que dispõe sobre a alteração do Manual de Normatização de Tratamento Fora de Domicílio Interestadual (TFD) do Estado de Mato Grosso, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS/MT;

VIII - A Resolução CIB/MT nº 037, de 14/06/2007, que dispõe sobre a alteração da Resolução CIB Nº. 005 de 11 de março de 2005, referente à Tratamento Fora de Domicílio Interestadual -TFD no Estado de Mato Grosso, no

âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS;

IX- A Resolução CIB/MT nº359 de 10 de novembro de 2022, que dispõe sobre a atualização do Manual de Normatização de Tratamento Fora do Domicílio (TFD) do Estado de Mato Grosso, no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS/MT;

X - A necessidade de Revisão do Manual de Normatização de Tratamento



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta do Complexo Regulador
Superintendência de Regulação da Saúde
Coordenadoria de Tratamento Fora de Domicílio

Fora de Domicílio TFD do Estado de Mato Grosso, a fim de atualizar todas as Diretrizes estabelecidas para que o usuário do SUS, tenha acesso à Rede de Serviços com Sistema de Referência e Contra Referência na ausência da assistência necessária no Estado de origem, de forma resolutiva e eficaz.

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar a atualização do Manual de Normatização de Tratamento Fora de Domicílio Interestadual -TFD do Estado de Mato Grosso, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS/MT, conforme anexo desta Resolução.

Art. 2º Revogando a Resolução CIB/MT nº 005, de 11/03/2005, Resolução CIB/MT nº 037, de 14/06/2007 e Resolução CIB/MT nº 359, de 10/11/2022.

1. MISSÃO DO SERVIÇO DE TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO - TFD

Viabilizar assistência integral à saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS, possibilitando o acesso aos serviços de saúde especializados em outros Estados da Federação, quando não houver oferta pactuada do serviço especializado dentro do Estado de Mato Grosso.

2. APRESENTAÇÃO

O Tratamento Fora do Domicílio TFD, constitui-se como um recurso de exceção oferecido por meio das diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, com amparo legal na Lei nº 8.080 de 19/09/90, Lei Complementar nº 22 de 09/11/1992, Portaria SAS/MS nº 055 de 24/02/1999 e Resolução CIB nº 061 de 16/12/2003.

A Coordenadoria TFD, está vinculada à Superintendência de Regulação da Saúde e na Secretária Adjunta do Complexo Regulador da Secretaria de Estado de Saúde.

A atualização deste Manual, tem o objetivo de orientar gestores, profissionais e usuários do SUS, sobre os critérios de utilização do Serviço de TFD, a fim de proporcionar informação de qualidade, atualizando sua formatação em função dos avanços tecnológicos da saúde e focando no atendimento na integralidade aos usuários do SUS.

3. DEFINIÇÃO

O benefício de Tratamento Fora de Domicílio consiste no fornecimento de passagens (terrestres ou aéreas), bem como de diárias (ajuda de custo) para pagamento das despesas de alimentação e hospedagem, exclusivo para os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e de seus acompanhantes (se necessário).

A concessão desse benefício tem a finalidade de garantir o acesso dos usuários do SUS aos serviços de saúde especializados em média e alta



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta do Complexo Regulador
Superintendência de Regulação da Saúde
Coordenadoria de Tratamento Fora de Domicílio

complexidade, cadastrados/conveniados ao SUS, em outros estados, quando esgotados todos os meios de tratamento na Rede Pública ou Conveniada ao SUS no Estado de Mato Grosso .

4. DO PEDIDO DE TRATAMENTO FORA DO DOMICILIO

A solicitação de Tratamento Fora Domicílio, deverá ser feita pelo médico-assistente ou por junta médica do usuário mediante laudo médico de TFD, no qual deverá ficar caracterizada a problemática médica do beneficiário, nos termos do art. 6º da Portaria SAS/MS nº 055/1999.

4.1 DOS USUÁRIOS

Os pedidos de TFD, para usuários residentes em qualquer município de Mato Grosso deverão ser encaminhados pelas Unidades Especializadas da Rede SUS à Central de Regulação do município de origem, que irá emitir parecer sobre o caso, definindo duas situações:

- a) **Se houver meios de tratamento** a ser realizado no Estado de Mato Grosso, o município em que reside o paciente ficará responsável pelo encaminhamento para os serviços públicos e conveniados da rede SUS;
- b) **Se não houver meios de tratamento** a ser realizado no Estado de Mato Grosso, o Médico Regulador do município de origem, dará o parecer técnico, confirmando que o procedimento (clínico ou cirúrgico) não existe na rede SUS/MT e encaminhará aos Escritórios de Saúde (Ers) toda a documentação necessária (do item 5), para que seja autuado em processo via SIGADOC e tramitado para o TFD/SES/MT.

4.2 DOS TRANSPLANTES

Nos casos em que houver procedimento de transplantes de órgãos e tecidos, ficará de inteira responsabilidade dos procedimentos a serem seguidos, pela Coordenadoria de Transplante. Nos casos de pacientes já transplantados os Laudos Médicos e de AIH deverão ser emitidos pela Coordenadoria de Transplante e encaminhados via SIGADOC para o TFD para parecer médico e emissão de passagens e ajuda de custo.

4.3 DA URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

- a) Tendo em vista que o TFD não contempla procedimentos de urgência e emergência, por motivos contratuais os pacientes que por algum motivo de sua patologia os impeça de viajar em voo comercial, os contatos visando conseguir o deslocamento do usuário são de responsabilidade conjunto TFD e da Superintendência de Urgência e emergência.



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta do Complexo Regulador
Superintendência de Regulação da Saúde
Coordenadoria de Tratamento Fora de Domicílio

- b) Em situações de urgência e emergência, o paciente deverá ser atendido em unidade especializada até estabilização do quadro de saúde, incluindo aqueles que possuem processo de TFD interestadual autorizado.

Parágrafo único – as urgências serão consideradas nos casos de pacientes judiciais para transplantes ou transplantados.

4.4 DA ONCOLOGIA

Nos casos em que houver procedimentos de oncologia, os processos deverão ser avaliados em conjunto pela equipe médica do TFD e da equipe médica de oncologia da Coordenadoria de Apoio Técnico nas Centrais de Regulação (CATCR).

5. DOS DOCUMENTOS

Os documentos 5.1 deverão ser encaminhados pelas Unidades de Atendimento do SUS para a Central de Regulação (do município de origem), que enviará ao Escritório Regional de Saúde (ERS) de abrangência, que deve enviar a documentação, via sistema oficial da SES-MT (SIGADOC), para o setor de TFD estadual (Superintendência de Regulação Estadual).

Parágrafo único - Deverá ser encaminhado à Coordenação do TFD, somente os processos que necessitam de atendimentos fora do Estado de Mato Grosso.

5.1 Documentos necessários:

- a) Laudo Médico de TFD carimbado e assinado pelo médico assistente do usuário ou médico especialista (se houver).
- b) Cópia dos documentos pessoais (Certidão de Nascimento, RG e CPF ou CNH) do usuário, acompanhante e/ou doador.
- c) Cartão Nacional de Saúde – CNS do paciente, acompanhante e/ou doador;
- d) Exames que comprovem o diagnóstico ou necessidade de investigação diagnóstica;
- e) Comprovante de Residência atualizado;
- f) Parecer social para casos excepcionais.

6. DA REGULAÇÃO

Os critérios de concessão dos benefícios do TFD estão dispostos na Portaria SAS/MS Nº 055/1999, sendo eles:

- a) O TFD só será autorizado quando esgotado todos os meios de tratamento dentro do Estado de Mato Grosso;
- b) O TFD somente será concedido ao indivíduo residente do Estado de Mato Grosso;



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta do Complexo Regulador
Superintendência de Regulação da Saúde
Coordenadoria de Tratamento Fora de Domicílio

c) O tratamento do paciente, determinado no laudo médico para TFD, será direcionado para unidade de saúde que ofertar vaga em qualquer região do País;

d) A autorização para o TFD inclui o deslocamento (ida e volta) e ajuda de custo (Diária – com ou/e sem hospedagem);

e) A ida do paciente para a unidade de tratamento, ocorrerá somente quando estiver autorizado, ou seja, quando houver regulação garantida do atendimento pelo SUS no Estado de referência, com endereço, data e horário previamente definido para a consulta;

f) A alimentação e hospedagem (mais de 24h) para o paciente e acompanhante será possível de acordo com a disponibilidade orçamentária do Estado, baseado nos valores da tabela SIGTAP – Sistema de Gerenciamento de Tabelas/SUS, conforme portaria SES Nº 241/2022.

g) O acompanhante somente será autorizado nos casos em que o paciente for menor de idade ou maior de 60 anos, indígenas, pessoas com deficiência ou quando o paciente não estiver em condições clínicas ou psíquicas para realizar o deslocamento sozinho, desde que, esteja justificado pelo profissional Médico assistente e autorizado pelo Médico Regulador do TFD.

h) Análise social: pai/mãe solo e situações excepcionais (segundo acompanhante/ substituição/ solicitação em trânsito) que fogem do determinado acima que serão avaliados pela equipe multiprofissional da Coordenação do TFD.

7. DAS RESTRIÇÕES

Será vedado a concessão de ajuda de custo e passagens nos casos de:

a) Procedimentos assistenciais contidos no Piso de Atenção Básica – PAB (Art.1º e § 3º da Portaria SAS/MS nº055/1999);

b) Procedimentos de média e alta complexidade que são realizados nas unidades de saúde de referência do Estado de Mato Grosso;

c) Tratamentos de pacientes em rede privada e ou filantrópica, cujo tratamento seja efetivado através de plano de saúde ou particular;

d) Procedimentos solicitados não contemplados na Tabela SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM – Órteses, Próteses e Materiais do SUS;

e) Tratamentos de caráter experimentais não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;

f) Tratamento fora do Território Nacional;

g) Quando não houver garantia de atendimento em outro Estado;



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta do Complexo Regulador
Superintendência de Regulação da Saúde
Coordenadoria de Tratamento Fora de Domicílio

- h) Quando o acompanhante não estiver em condições físicas ou psíquicas para prestar total apoio ao paciente em caso de intercorrências.
- i) Menor de 18 (dezoito) ou maior de 60 (sessenta) anos que não apresentarem um acompanhante – segundo legislação vigente;
- j) Quando o paciente/ acompanhante se encontram em débito com algum documento solicitado pela equipe do TFD;
- k) Menores, não lactantes, que por motivos excepcionais tenham que acompanhar os pais, exceto quando declarado pelo profissional médico e/ou serviço social.

8. FLUXO DO TFD

8.1 Da Regulação Interestadual

Compete aos Municípios (centrais de regulação) o envio dos documentos, de acordo com o item 5.1 (completos, legíveis e originais) do paciente para o Escritório Regional de Saúde de sua abrangência, que procederá análise documental e o mesmo enviará diretamente via SIGADOC para Coordenação do Tratamento Fora do Domicílio – COTFD/SES, que após receber, deverá passar pela análise e parecer do Médico Regulador para processar com os trâmites do processo e procederá todas as tratativas necessárias para a inserção da solicitação no sistema nacional assim como garantir assistência ao paciente e acompanhante (passagens e diárias), conforme descrito neste manual.

Parágrafo único – A devolutiva aos pacientes e/ao município de origem deverá ser realizada em até 48h após a negativa.

8.2 Da formalização do processo para Tratamento Fora do Domicílio

- a) Após a apresentação de todos os documentos contidos no item 5.1 deste Manual, deverá ser conferido e analisado o parecer técnico advindo da CER/SMS, através do Escritório Regional de Saúde – ER's de sua abrangência e encaminhado ao TFD/SES via SIGADOC.
- b) O Médico Regulador do TFD Estadual obrigatoriamente fará análise e avaliação do processo, podendo autorizar, indeferir, solicitar informações complementares ao Médico Assistente, parecer ou avaliação do paciente em uma unidade de referência dentro e fora do Estado, bem como, análise de acompanhante (quando necessário) e substituição, autorização ou indeferimento da permanência do paciente fora do Estado para fins de ajuda de custo e passagens, avaliação do transporte mais indicado para cada paciente. Em caso de não conformidade do processo, a solicitação será negada através de parecer detalhado e fundamentado formulado pelo médico



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta do Complexo Regulador
Superintendência de Regulação da Saúde
Coordenadoria de Tratamento Fora de Domicílio

regulador, contendo justificativa que ensejou tal negativa.

- c)** Após análise e deferimento do médico regulador estadual, será realizado o cadastramento no sistema GVP - Gerenciamento de Viagens de Pacientes ou outro sistema oficial que venha a substituí-lo;
- d)** A equipe do Serviço Social do TFD Estadual, receberá o Processo, já validado pelo médico regulador e procederá com as tratativas para realizar o contato com as unidades executantes, afim de realizar agendamento.
- e)** A equipe do Serviço Social do TFD Estadual deverá entrar em contato com o paciente, afim de informar sobre o deslocamento e sobre as documentações obrigatórias do TFD e realizar as orientações pertinentes;
- f)** Quando houver indeferimento pelo Médico Regulador do TFD ou quando não houver a disponibilidade do serviço, a equipe do serviço social deverá informar via e-mail institucional para as Regionais e/ou diretamente ao paciente (com no mínimo 3 tentativas via telefone, e-mail e whatsapp).

9. DA EMISSÃO DE PASSAGENS PARA TFD

- a) A emissão de passagens para pacientes e acompanhantes, ocorrerá conforme normas estabelecidas em contrato entre a SES e as Empresas Prestadoras do Serviço, podendo o deslocamento ocorrer de todos os municípios de origem regulamentados pela ANAC, de acordo com a disponibilidade de voos comerciais;
- b) As passagens aéreas serão emitidas nos casos em que a logística e/ou a distância tornar inviável o meio de transporte terrestre, podendo trazer risco ao paciente. Essa decisão será estabelecida após análise e parecer médico da equipe TFD e parecer social;
- c) Não será permitido que o paciente realize: 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 solicitado pelo serviço social e autorizado pelo médico e/ou pelo Coordenador do TFD/ Superintendente de Regulação Estadual e/ou Secretário Adjunto da SES – MT (responsável pela regulação estadual);
- d) Nas hipóteses de reagendamento da consulta por parte do hospital, após o paciente receber as passagens terrestre e/ou aéreas, deverá comunicar imediatamente, em até 24 horas (exceto finais de semana e feriados) a nova data da consulta e encaminhar o novo agendamento, sendo necessário a solicitação, via formulário específico do TFD, preenchido pelo paciente, condicionado a posterior apresentação de comprovante de comparecimento na unidade referenciada;
- e) As passagens aéreas serão liberadas, ida e volta, somente nos casos em



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta do Complexo Regulador
Superintendência de Regulação da Saúde
Coordenadoria de Tratamento Fora de Domicílio

que o paciente tenha a garantia e definição do tempo de permanência no local de destino;

f) Quando não houver previsão do retorno, somente serão liberadas as passagens de ida.

g) O paciente deverá solicitar junto a equipe COTFD, em até 24 horas, a contar da data da alta ou término do tratamento, sua passagem de retorno.

h) A solicitação deverá ser realizada através de requerimento junto ao e-mail do setor de passagem tfd_passagem@ses.mt.gov.br.

i) Após envio da solicitação de retorno, a equipe da COTFD terá até 48 horas para providenciar a solicitação e emissão dos bilhetes;

j) A COTFD deverá fazer gestão diária dos requerimentos de passagens e ajuda de custo enviadas no e-mail, apresentando protocolo de recebimento, para evitar perdas ou desvios das respectivas solicitações;

k) Para obter autorização médica (MEDIF), será necessário enviar formulário a Coordenação de TFD- setor de passagens, com 20 (vinte) dias de antecedência a consulta agendada. O preenchimento do MEDIF deverá ser carimbado e assinado pelo Médico responsável pelo paciente.

l) As passagens terrestres serão liberadas ida e volta, ficando sob responsabilidade dos beneficiários o agendamento da data e horário no terminal rodoviário;

m) Se o paciente encaminhado para Unidade Executante por via terrestre necessitar de mudança de transporte devido ao quadro clínico, será necessário enviar relatório médico para análise do Médico Regulador da COTFD;

n) O paciente que não utilizar a passagem emitida, deverá informar o setor responsável COTFD, sob pena de suspensão das próximas autorizações de consultas agendadas.

o) Caso o futuro agendamento for inferior ao prazo de 15 (quinze) dias, o paciente e acompanhante deverão permanecer no local onde está sendo realizado o tratamento, com direito a solicitar a complementação de ajuda de custo, através do preenchimento com justificativa na Declaração Médica.

10. DA AJUDA DE CUSTO

a) A ajuda de custo (alimentação e hospedagem) será concedido aos pacientes cadastrados no COTFD, conforme Resolução SAS Nº 061 de 16/12/2003, Portaria GBSES Nº 241 de 11/04/2022 e retificada em 29/04/2022 e/ou outras portarias que venham alterar ou substituí-las;

b) Para solicitar o benefício da ajuda de custo do TFD é necessário cadastro do paciente no Sistema de Gerenciamento de Viagens – GVP ou outro sistema que venha a substituí-lo;



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta do Complexo Regulador
Superintendência de Regulação da Saúde
Coordenadoria de Tratamento Fora de Domicílio

- c) O paciente e acompanhante terá direito a 5 diárias iniciais, desde sua primeira ida, no serviço de saúde agendado, para garantia da realização de seu tratamento. No caso em que o paciente e acompanhante permanecerem no período inferior a 5 dias no seu destino, as diárias não utilizadas serão abatidas nas próximas idas do paciente na cidade onde realiza seu tratamento.
- d) O paciente que solicitar a ajuda de custo inicial (5 diárias) terá que solicitar com o relatório de ajuda de custo devidamente preenchido e com os documentos elencados no item F deste manual, essa solicitação se dará no prazo máximo de 20 dias contados retroativos a partir da data de sua consulta, observando os dias úteis.
- e) Compete obrigatoriamente ao usuário e/ou acompanhante, por expressa iniciativa, dar início ao processo de ajuda de custo a cada consulta autorizada pelo médico regulador;
- f) Documentos exigidos para dar início ao processo:
- Cópia do CPF do paciente e acompanhante;
 - Cópia dos dados bancário atualizado do credor/requerente (paciente ou acompanhante), de qualquer Instituição Bancária desde que seja Conta Corrente.
 - Requerimento de ajuda de custo para período de até 05 (cinco dias) iniciais para paciente/accompanhante até a data da viagem para solicitações feitas com até 20 dias de antecedência;
 - Formulário da declaração médica e/ou relatório médico da Instituição de Saúde para as diárias superior a 05 dias. (Somente nos casos de Complemento de Diárias)

O Referido documento deverá conter assinatura, carimbo, CRM, a data da emissão, o período de permanência para o tratamento e o período da internação se houver;

10.1 Dos prazos

- a) O paciente/accompanhante terá no máximo até 90 (noventa) dias para solicitar ajuda de custo através do requerimento, contados a partir da data do retorno autorizado pelo médico regulador do COTFD.
- b) O paciente/accompanhante terá no máximo 90 (noventa) dias para solicitar a complementação, sendo que cada requerimento só poderá ser usado para cada período de 30 dias.
- c) Toda declaração médica deverá conter todos os dados preenchidos corretamente e encaminhados a COTFD, para parecer do médico regulador.
- d) O prazo de pagamento de ajuda de custo após a solicitação, e todas as documentações necessárias devidamente apresentadas, não deve ultrapassar 30 dias.



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta do Complexo Regulador
Superintendência de Regulação da Saúde
Coordenadoria de Tratamento Fora de Domicílio

10.2 Dos documentos necessários para realizar a prestação de contas

- a) Requerimento de ajuda de custo.
- b) Relatório de contra referência.
- c) Declaração médica devidamente preenchida.
- d) Agendamento de consultas/exames/procedimentos (cópia de cartão de agendamento e/ou prontuário).
- e) Ordem de serviço - OS para emissão do transporte aéreo e bilhetes de passagens para transporte terrestres, contendo data da ida/volta e horários.
- f) Os Bilhetes das Passagens Aéreas ou Terrestre, quando ocorrer o extravio dos bilhetes, o paciente poderá apresentar o relatório de contra referência e ou declaração médica.
- g) Comprovante da situação cadastral do CPF.
- h) Caso haja necessidade de incluir parecer do médico regulador autorizando a prestação de contas, será de responsabilidade da COTFD.

10.3 Do pagamento das diárias

a) Considera-se para pagamentos de diárias os horários de chegada para transporte aéreo:

- 1 diária com hospedagem;
- 1/2 diária sem hospedagem, quando o paciente retornar ao seu município de residência sem pernoitar.

b) Considera-se para pagamentos de diárias para transporte terrestres os seguintes critérios:

10.3.b.1 Consultas agendadas para os estados da região centro - oeste serão consideradas a data e o horário descrito nos bilhetes de passagens de ida e volta.

10.3.b.2 Consultas agendadas para os demais estados brasileiros serão concedidas duas diárias a mais a partir da data de retorno descrito nos bilhetes de passagens.

Parágrafo Único.

10.3.b.3 Quando apresentado saldo devedor na prestação de contas, este saldo será descontado nas próximas prestações de conforme requerimentos subsequentes.

10.4 Da solicitação de Ajuda de Custo em casos de óbito

Em caso de falecimento do paciente/acompanhante, ambos terão direito a ajuda de custo referente ao período em que esteve em tratamento, exceto no período de internação



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta do Complexo Regulador
Superintendência de Regulação da Saúde
Coordenadoria de Tratamento Fora de Domicílio

hospitalar, salvo nos casos que houver impedimento da permanência do acompanhante na unidade hospitalar em que o paciente estiver internado Ex: Casos de UTI, restrição epidemiológica). Sendo necessário a apresentação formal dos documentos estabelecidos na relação a seguir:

- a)** Cópia da Certidão ou Atestado de óbito (autenticado) e os documentos do item 10.2;
- b)** Cópia do RG e CPF do paciente e acompanhante cadastrados;
- c)** Para os casos em que o requerimento já esteja assinado pelo paciente, anterior ao óbito, juntamente com a declaração médica, devidamente preenchida, o acompanhante poderá solicitar a ajuda de custo juntamente com a cópia do seu extrato bancário, de qualquer Instituição Bancária desde que seja conta corrente e certidão de óbito;
- d)** Para os casos de óbito do paciente em que o requerimento de Ajuda de Custo não houver sido preenchido, o acompanhante deverá preenchê-lo e anexar a declaração médica do período em que o paciente esteve em tratamento, certidão de óbito e extrato bancário de qualquer Instituição Bancária desde que seja conta corrente;
- e)** Em casos que o acompanhante não seja, familiares: descendentes (filho (a)), ascendentes (pai e mãe), parentes colaterais (irmão (a)) e cônjuge, será necessário declaração de autorização dos entes familiares mencionados, mediante reconhecimento de firma em cartório para efetivação de pagamento.

10.5 Da suspensão da ajuda de custo

- a)** A ausência de documentos necessários bem como o envio após o prazo estabelecido no item 10.1 para solicitação de ajuda de custo ocasionará em suspensão do benefício (ajuda de custo).
- b)** Fica vedado o pagamento de diárias para paciente/acompanhante encaminhados pelo COTFD que permaneçam hospitalizados no município de referência (Portaria SAS/MS nº 55 de 24 de fevereiro de 1999), salvo nos casos em que houver impedimento da permanência do acompanhante na unidade hospitalar em que o paciente estiver internado (Ex: UTI, restrições epidemiológicas).

11 .DA RENOVAÇÃO/PRORROGAÇÃO DO TFD

Nos casos em que o paciente tenha a necessidade de permanecer fora do domicílio para continuidade de tratamento, o paciente deverá apresentar a cada 30 dias relatório médico com as seguintes informações:

- Quadro clínico atual do paciente;
- Comprovantes de consultas, exames e procedimentos realizados no período;



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta do Complexo Regulador
Superintendência de Regulação da Saúde
Coordenadoria de Tratamento Fora de Domicílio

- Justificativa médica sobre a necessidade de permanecer fora de domicílio;
- Cronograma, agendamentos futuros e demais informações julgadas necessárias para equipe autorizadora.

12. DAS SOLICITAÇÕES INDEFERIDAS

A medida em que os serviços forem ofertados pelo SUS no Estado de Mato Grosso, as renovações serão indeferidas e direcionadas para tratamento nas unidades de saúde de referência de cada especialidade. Salvo nos casos em que houver expressa recomendação médica para continuidade do tratamento fora domicílio no serviço de referência ao qual o paciente está vinculado.

13. DO TRATAMENTO

- a) No período do tratamento na Unidade Executante, o médico assistente do paciente deverá preencher todos os relatórios solicitados pelo COTFD para que seja comprovado o agendamento, atendimento e continuidade de tratamento;
- b) Ao finalizar cada atendimento, o médico assistente da Unidade Executante deverá preencher o Relatório de Contra Referência, informando o tratamento realizado e o retorno, caso seja necessário.

Parágrafo único. Para os pacientes que iniciarem o tratamento em outro Estado que não tenham cadastro e/ou que dirigir-se a outra unidade que não for aquela autorizada pelo COTFD. Somente terão respaldo legal se cumprido os trâmites processuais, conforme este Manual, os mesmos terão garantido a sua inclusão no TFD.

14. DO RETORNO

- a) Os agendamentos de retornos deverão ser efetuados pelas Unidades Executantes de onde os pacientes estiverem em tratamento, diretamente no Formulário de Contra Referência, no Cartão do Hospital, e-mail Institucional ou através de confirmações efetuadas pela equipe do setor Médico junto as Unidades Executantes;
- b) Os retornos agendados deverão ser encaminhados à COTFD com prazo no mínimo de 20 dias, não ocorrendo, o paciente deverá realizar novo agendamento com data superior a estipulado. Salvo em casos excepcionais que deverá ser analisado pela equipe médica;
- c) As passagens para retorno ao Estado de Mato Grosso somente serão solicitadas mediante autorização Médica, não podendo exceder ao prazo de 03 (três) dias úteis após a data da alta, sob pena de suspensão do benefício do TFD, exceto por determinação do Coordenador quando os valores das



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta do Complexo Regulador
Superintendência de Regulação da Saúde
Coordenadoria de Tratamento Fora de Domicílio
passagens forem exorbitantes.

15. DA NOVA SOLICITAÇÃO

- a) Os pacientes cadastrados na Coordenação do TDF que permanecerem sem realizar tratamento no período de cinco anos serão considerados inativos e deverão renovar os documentos aproveitando o histórico de saúde do paciente (solicitação médica).
- b) O paciente poderá permanecer por 06 (seis) meses em tratamento fora do domicílio com direito a ajuda de custo, podendo ser renovado por mais 06 (seis) meses com a seguinte justificativa:
 - Relatório médico com informações clínicas do tratamento realizado e o motivo que o paciente precisa permanecer no local do tratamento.
- c) Após 12(doze) meses o paciente deve retornar a origem para ser reavaliado da necessidade do TFD, caso contrário não haverá mais ajuda de custo/passagem. Salvo nos casos em que expressamente por relatório médico e do serviço social, o paciente não tenha condições físicas para retornar ao Estado de Origem,

16. DO ACOMPANHANTE

- a) 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 pelo médico assistente do paciente e será avaliada pela equipe médica reguladora do TFD e do serviço social;
- b) Os acompanhantes deverão ser maiores de idade (18 a 60 anos), conforme legislação vigente, devidamente documentados e capacitados física/mentalmente. O acompanhante deverá ser preferencialmente pessoa da família, não podendo o mesmo residir no Município/Estado de destino ou mesmo em outra Unidade Federativa, exceto se for doador de órgãos;
- c) Gestantes, lactantes (exceto nos casos em que os lactantes sejam os pacientes), e pessoas com deficiência, não poderão ser acompanhantes dos usuários em TFD. Lactantes, filho de paciente, somente terão direito a viajar até os 6 meses de idade, salvo exceções;
- d) O acompanhante, deverá dispor de tempo suficiente para permanecer com o paciente durante todo tratamento.
- e) A COTFD não é responsável por despesas ocasionadas pela substituição do acompanhante, salvo nos casos que houver necessidade expressa, devidamente justificada e analisada pela equipe do TFD;



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta do Complexo Regulador
Superintendência de Regulação da Saúde
Coordenadoria de Tratamento Fora de Domicílio

- f) Em caso de doença ou morte do acompanhante devidamente justificada, será analisada pela equipe médica, havendo a necessidade da troca de acompanhante, a passagem será área, salvo se a equipe medica autorizar outro tipo de transporte;
- g) Todo e qualquer acompanhante deverá ser devidamente cadastrado no GVP-WEB (Sistema de Gerenciamento de Viagens de Pacientes) e no SIGADOC para o devido controle dos processos ou outro sistema que venha a substituí-lo;
- h) O acompanhante terá direito a passagem conforme determinação da equipe médica;
- i) Não será permitida a substituição do acompanhante após a emissão dos bilhetes de passagens, salvo em caso de morte ou doença. Quando a substituição do acompanhante for imprescindível, pelos motivos acima, a Coordenadoria de TFD deverá ser comunicada imediatamente através de documentos comprobatórios que passarão por análise da equipe médica autorizadora do Serviço de TFD.

17. DAS DESPESAS

- a) Conforme Portaria SAS/MS nº 55 de 24 de fevereiro de 1999, as despesas permitidas pelo TFD são aquelas relativas a transporte (aéreo, terrestre e fluvial), ajuda de custo para alimentação com ou sem hospedagem, para paciente e acompanhante (se houver), bem como, despesas com urnas, preparação e traslado do corpo em casos de óbitos em TFD;
- b) As despesas relativas ao deslocamento de usuários do Sistema Único de Saúde - SUS para tratamento fora do Estado/Município de residência são pagos por intermédio do Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS, observado o teto financeiro definido para cada Município e/ou Estado;
- c) O transporte é calculado com base no valor unitário a cada 50 km para terrestre, 20 milhas náuticas para fluvial, ou 200 milhas para transporte aéreo;
- d) A ajuda de custo é paga conforme os valores autorizados na tabela SIGTAP e com contra partida do Estado;
- e) As Secretarias de Saúde, do Estado e do Município, não responsabilizarão por despesas geradas por permanência indevida do paciente e/ou acompanhante na cidade de tratamento.

17.1 Das Despesas Intermunicipais

A responsabilidade pelo pagamento de despesas de TFD intermunicipais são de competência das Secretarias Municipais de Saúde,



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta do Complexo Regulador
Superintendência de Regulação da Saúde
Coordenadoria de Tratamento Fora de Domicílio
que também poderão utilizar a tabela SIGTAP de acordo com a disponibilidade orçamentária dos Municípios.

17.2 Das Despesas Interestaduais

A responsabilidade pelo pagamento das despesas de TFD interestaduais são de competência da Secretaria de Estado de Saúde, através da COTFD Estadual, utilizando a Tabela SIGTAP, de acordo com a disponibilidade orçamentária do Estado.

17.3 Do Reembolso

O Reembolso será formalizado junto a COTFD, com prazo para solicitação de 90 (noventa) dias, e o pagamento será realizado pela SES ao paciente/acompanhante, somente nos casos relacionados a serviço funeral (urna, traslado e preparação do corpo) e passagens interestaduais, e quando as referidas despesas forem custeadas pelo paciente e/ou acompanhante, nas seguintes situações:

- a) Paciente/acompanhante cadastrados e autorizado no sistema GVP (Gerenciamento de Viagens de Pacientes), porém sem tempo hábil para formalizar a solicitação de passagens;
- b) Ausência de emissão de passagens, por falta de tramites administrativos TFD/SES;
- c) Ausência de emissão de passagens pela empresa licitada, referente aos trajetos necessários para encaminhamento e atendimento do paciente;
- d) Quando houver convocação para transplante ou intercorrência em paciente transplantado. Nos casos acima, o paciente deverá entrar em contato com a CET – Coordenadoria Estadual de Transplante, ficando à cargo desta Coordenação justificar o reembolso;
- e) Na falta de empresa funerária que realize o serviço funerário (urna, traslado e preparação do corpo - Tanatopraxia) com o pagamento através de empenho;
- f) Intercorrências clínicas na saúde do paciente, em que haja a necessidade do deslocamento até a unidade de atendimento e não houver tempo hábil para o contato com a equipe da COTFD.

17.3.1 Reembolso de Passagens

O reembolso será formalizado na Coordenadoria de Tratamento Fora do Domicílio - COTFD, com prazo para solicitação de 90 (noventa)



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta do Complexo Regulador
Superintendência de Regulação da Saúde
Coordenadoria de Tratamento Fora de Domicílio

dias, e o pagamento será com base nas passagens emitidas para o serviço de TFD. A solicitação será feita mediante abertura de um processo contendo as seguintes documentações:

- a) Preenchimento do formulário de Solicitação de Reembolso e Passagens;
- b) Cópia dos bilhetes das passagens ou bilhetes terrestres originais;
- c) Cópia do RG e CPF do paciente e acompanhante;
- d) Cópia do comprovante de pagamento das passagens;
- e) Cópia do cabeçalho do extrato ou contrato da conta bancária.

17.3.2 Reembolso de Serviço Funeral

O Reembolso Funeral deverá ser solicitado formalmente pelo acompanhante devidamente cadastrado no TFD, sendo necessário a apresentação formal dos documentos estabelecidos na relação a seguir:

- e) Preenchimento do Formulário de Solicitação de Reembolso de Serviço Funeral;
- f) Cópia da Certidão ou Atestado de óbito (autenticado);
- g) Cópia dos Serviços Funeral – Nota Fiscal do Serviço Prestado;
- h) Cópia do cabeçalho do extrato ou contrato da conta bancária;
- i) Cópia do RG e CPF do paciente e acompanhante cadastrados;
- j) Em casos de solicitação de terceiros, será necessário preenchimento de formulário com aceite dos entes familiares mencionados anteriormente, mediante reconhecimento de firma em cartório, para efetivação do pagamento.

17.4 Das Despesas com óbitos

a) nos casos de óbito interestadual, onde o paciente e /ou acompanhante estiverem devidamente cadastrados, a equipe do TFD fará todos os encaminhamentos necessários para o traslado até capital do Estado, da capital para os municípios do Estado, é de responsabilidade da SMS do Município de origem;

b) as despesas permitidas no caso de óbito são: urna mortuária de menor valor, tanatopraxia do cadáver e traslado, ou alguma exigenciada legislação vigente. Não serão permitidas despesas com flores, túmulos, emolumentos cartoriais, dentre outros que não sejam os informados;

c) as funerárias prestadoras dos serviços não poderão ter pendência junto aos órgãos públicos, e deverão dispor dos documentos conforme leis de licitação e contratação da administração pública vigentes;

d) os óbitos que ocorrerem interestadual, porém por algum



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta do Complexo Regulador
Superintendência de Regulação da Saúde
Coordenadoria de Tratamento Fora de Domicílio

motivo não for possível que a equipe do TFD contrate o serviço funeral e/ou traslado, somente será ressarcido à família as despesas descritas neste Manual. Os documentos apresentados pela família passarão por análise técnico/administrativa e jurídico;

18. DO PROCESSAMENTO

- a) Os valores do financiamento do TFD fazem parte do teto financeiro da Média e Alta Complexidade – MAC, sendo assim, a produção deverá ser apresentada no SIA/SUS para processamento.
- b) As despesas relacionadas aos processos de TFD interestaduais, o preenchimento do BPA - dos deslocamentos e da ajuda de custo, será de responsabilidade do setor de Coordenação TFD que deverão ser enviadas ao setor Ajuda de Custo/SES no e-mail tfd_ajudadecusto@ses.mt.gov.br para fins de processamento com os devidos protocolos de recebimento.

19. DAS COMPETÊNCIAS

A COTFD em conjunto com a Superintendência de Regulação de Saúde, compete empenhar esforços em acompanhamento dos processos TFD, no sentido de fazer cumprir todas as normatizações deste Manual.

À SES/MT, através da COTFD implica:

- a) Orientar e capacitar as Unidades Solicitantes e Escritórios Regionais ao que se refere ao serviço de TFD e sua ação junto aos municípios para garantir atendimento na integralidade aos usuários do SUS;
- b) Receber da regulação municipal, através dos Escritórios Regionais de Saúde – ER's, a solicitação pertinente ao encaminhamento interestadual;
- c) Descentralizar agendamento de consultas e procedimentos, dando suporte aos Escritórios Regionais e Secretarias Municipais quando esgotado os recursos no Estado;
- d) Solicitar e acompanhar junto a SES/MT o pagamento da ajuda de custo para alimentação e hospedagem, para paciente e acompanhante (quando houver);
- e) Emitir o BPA-I (Boletim de Produção Ambulatorial Individual) das ajudas de custo e passagens;
- f) Manter a organização dos processos de TFD;
- g) Garantir a veracidade das informações para pagamento dos beneficiários;
- h) Os casos não previstos neste manual, fica as decisões a cargo desta coordenação, visando garantir a continuidade dos serviços deste TFD.
- i) Custear a complementação dos valores pagos pela tabela SIGTAP, com as devidas atualizações a serem feitas anualmente, tendo por base o índice



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta do Complexo Regulador
Superintendência de Regulação da Saúde
Coordenadoria de Tratamento Fora de Domicílio

de correção do IGPM;

j) Fazer gestão diária dos requerimentos recebidos no SIGADOC e e-mail institucional do TFD, remetendo ao paciente (e-mail, telefone ou whatsapp) o número do protocolo SIGADOC.

20. DA INTERRUPÇÃO, CANCELAMENTO OU DESLIGAMENTO DO PROGRAMA DE TFD

O Programa de TFD poderá ser interrompido, cancelado ou desligado se o paciente infringir os seguintes critérios:

- a) Por livre conveniência, fixar residência no Estado da Unidade Executante;
- b) Fraude comprovada;
- c) Documentos adulterados;
- d) Não cumprimento de apresentação de documentos (TFD) que comprovem o tratamento;
- e) Deslocamento do paciente com ou sem acompanhante para outra Unidade Federativa, sem autorização prévia da equipe TFD, salvo nos casos de urgência com prescrição médica e social, comprovada por meio de documentos;
- f) Desistência, abandono ou óbito do paciente;
- g) Realização de tratamentos, pelo paciente, em especialidades que não possuam ligação com a causa inicial do tratamento do laudo de TFD, sem a devida comunicação;
- h) Não cumprimento dos prazos (item 10.1), para encaminhamento dos Relatórios de Contra Referência / Agendamentos/ Requerimento de Ajuda de Custo;
- i) Identificado indícios de quaisquer irregularidades acima, a administração pública deverá instaurar regular procedimento para apuração dos fatos, em observância a legislação vigente bem como aos princípios da legalidade, moralidade, contraditório e ampla defesa.

21. DA RESPONSABILIDADE CIVIL

- a) Paciente e/ ou acompanhante são responsáveis por todas as informações pertinentes ao processo de TFD, cabendo-lhes atualizações quando necessário.
- b) Todo e qualquer documento não poderão conter rasuras e nem emendas.
- c) O TFD não responsabilizará por despesas adicionais indevidas realizadas pelo paciente e/ou acompanhante fora das normas vigentes neste Manual.

22. CONSIDERAÇÕES FINAIS



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta do Complexo Regulador
Superintendência de Regulação da Saúde
Coordenadoria de Tratamento Fora de Domicílio

O Manual Estadual de Tratamento Fora do Domicílio (TFD) proporciona orientações, com base nas legislações vigentes, quanto ao processo de encaminhamentos dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) para diagnóstico e/ou tratamentos não disponíveis no Estado de MT a outros estados que o realizem.

O Tratamento Fora do Domicílio é uma estratégia de gestão, que define responsabilidades da Secretaria de Estado de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde, em busca da garantia de acesso aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) aos serviços de saúde de atenção especializada de alta complexidade, conforme legislação específica.

O presente Manual deverá ser submetido à apreciação e aprovação da CIB/MT por meio de Resolução e publicada em Diário Oficial, conforme estabelecido na Portaria SAS/MS Nº 055/1999.

23. LEGISLAÇÃO REFERENCIADA

- Lei Nº 8.080/90 - Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- Decreto Nº 7.508, de 28/06/2011, regulamenta a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do sistema único de saúde - sus, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências
- Lei Complementar Nº 22/1992- Institui o Código Estadual de Saúde, dispõe a organização, a regulamentação, a fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde no Estado, caracteriza o Sistema Único de Saúde nos níveis estadual e municipal e dá outras providências.
- Portaria SAS/MS Nº 039 de 06/02/2006 - institui a descentralização do processo de autorização dos procedimentos que fazem parte do elenco da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade – CNRAC.
- Portaria GM/MS Nº 940, de 28/04/2011 – Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde.
- Portaria SAS/MS Nº 2.488 de 02/10/2007 – Dispõe sobre a alteração na tabela de procedimentos ambulatoriais e hospitalares – SIA e SIH/SUS, com reajuste de valores e decodificação de procedimentos.
- Portaria SAS/MS Nº 055 de 24/02/1999 - dispõe sobre a rotina do TFD/SUS com inclusão de procedimentos específicos na tabela SIA/SUS e dá outras



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta do Complexo Regulador
Superintendência de Regulação da Saúde
Coordenadoria de Tratamento Fora de Domicílio

providências;

- Portaria GM/MS Nº 2309 de 19/12/2001- institui, no âmbito da Secretaria de Assistência a Saúde/SAS, a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade/CNRAC
- Portaria SAS/MS Nº 589 de 27/12/2001- Implementa a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade – CNRAC
- Portaria GBSES Nº 241/2022 - Dispõe sobre o valor específico de ajuda de custo aos pacientes em Tratamento Fora De Domicílio – SES/MT.



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta do Complexo Regulador
Superintendência de Regulação da Saúde
Coordenadoria de Tratamento Fora de Domicílio

24. CONTATOS – TFD

Fale com o TFD:

Endereço: Av. Comandante Costa nº 1262 - Centro - CEP 78020-400

Fone: (65) 3616-9100

Coordenação

Fone: (65) 3616-9111

e-mail: cotfd@ses.mt.gov.br

Serviço Social

Fone: (65) 3616-9102

e-mail: tfd_servicosocial@ses.mt.gov.br

E-mail: obitotfd@ses.mt.gov.br

Equipe Médica/Confirmação de Consulta

Fone: (65) 3616-9110

e-mail: equipemedicatfd@ses.mt.gov.br

Ajuda de custo/diárias

Fone: (65) 3616-9104

e-mail : tfd_ajudadecusto@ses.mt.gov.br

Passagens

e-mail: tfd_passagem@ses.mt.gov.br

Arquivo

Fone: (65) 3616-9101

e-mail: arquivotfd@ses.mt.gov.br

CERAC-MT

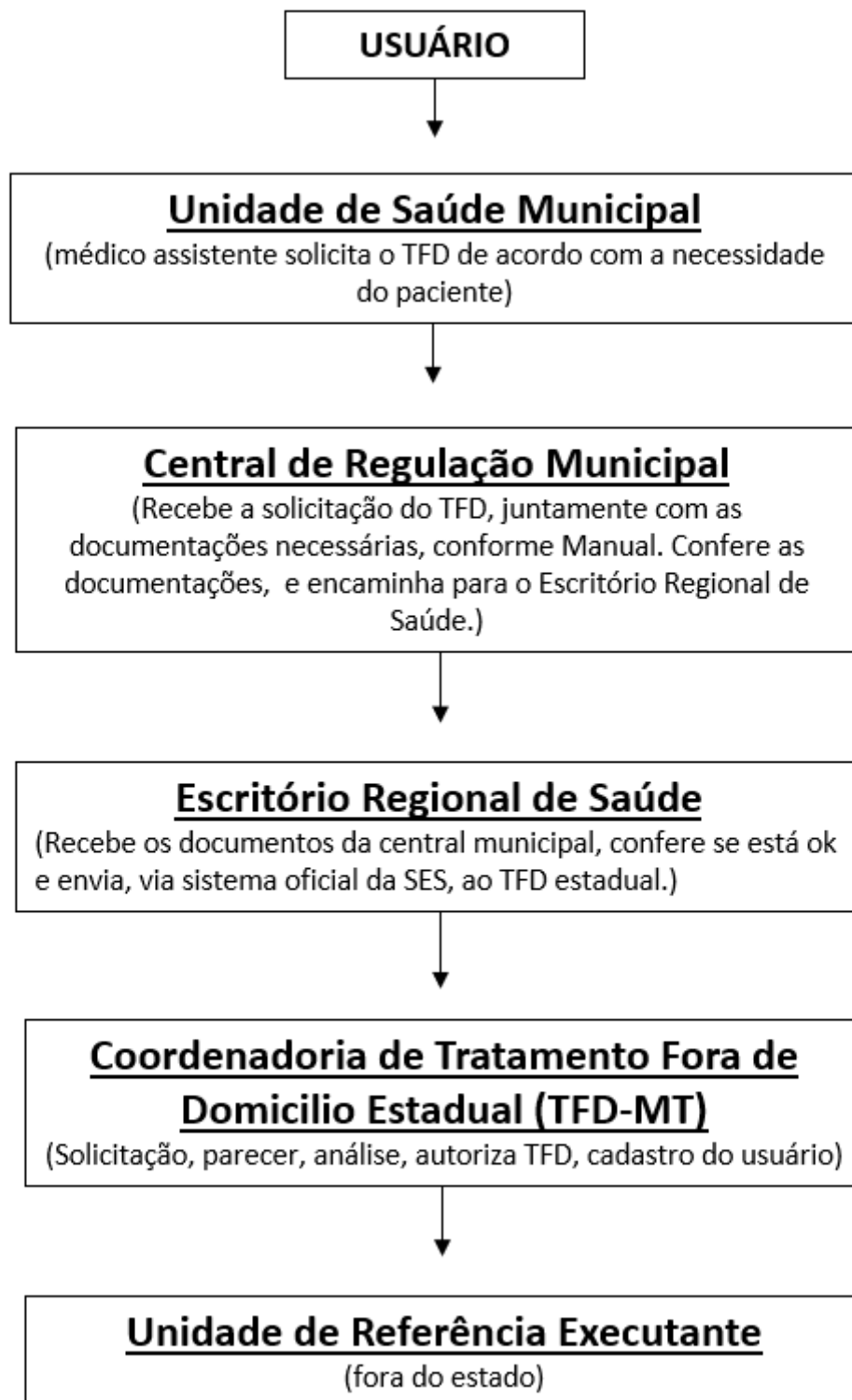
Fone: (65) 3616-9102

e-mail: ceracmt@ses.mt.gov.br



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta do Complexo Regulador
Superintendência de Regulação da Saúde
Coordenadoria de Tratamento Fora de Domicílio

FLUXOGRAMA





Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta do Complexo Regulador
Superintendência de Regulação da Saúde
Coordenadoria de Tratamento Fora de Domicílio

25. ANEXOS DE FORMULÁRIOS



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta do Complexo Regulador
Superintendência de Regulação da Saúde
Coordenadoria de Tratamento Fora de Domicílio

PEDIDO DE TRATAMENTO FORA DO DOMÍLIO

CARTÃO NACIONAL SUS (CNS) PACIENTE:		
NOME PACIENTE:		DATA NASCIMENTO:
FILIAÇÃO MÃE:		FILIAÇÃO PAI:
CERTIDÃO DE NASCIMENTO:		CPF:
RG:	ORGÃO EXPEDITOR:	OBSERVAÇÃO:
ENDEREÇO:	UF:	TELEFONE:
EMAIL:		CEP:
ACOMPANHANTE:		
CARTÃO NACIONAL SUS:		
CPF:		RG:
DATA NASCIMENTO:	TELEFONE:	ORGÃO EXPEDITOR:
ENDEREÇO:	UF:	CIDADE:
CEP:		
EMAIL:		OBSERVAÇÃO:
TRATAMENTO PROPOSTO:		DATA: ____/____/20____

ENCAMINHA-SE O ORIGINAL DESTE PEDIDO, JUNTAMENTE COM 1ª E 2ª VIAS DO LAUDO.

COORD. DE TRATAMENTO FORA DOMÍLIO
COTFD/SUREG/GBSAREG/SES/SUS-MT



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta do Complexo Regulador
Superintendência de Regulação da Saúde
Coordenadoria de Tratamento Fora de Domicílio

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA ENTRADA DE ABERTURA DE PROCESSO TFD

DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS PARA DAR ENTRADA NO TFD:

- Laudo Médico para Emissão de AIH; com código SIH/SUS; (**Original**)
- Laudo Médico de Tratamento Fora do Domicílio; (**Original**)

CÓPIAS:

- CNS - Cartão Nacional de Saúde do paciente;
- RG e CPF do paciente;
- CNS, RG e CPF do acompanhante (Quando houver necessidade);
- Certidão de Nascimento do paciente, caso seja menor;
- Comprovante de Residência (luz, água ou telefone);
- Dos Laudos dos Exames; e nos casos em que a patologia seja:

Neurologia: Eletroencefalograma, Ressonância ou Tomografia, tipo sanguíneo e Fator RH, Peso.

Ortopedia (Cirurgia de Plexo Branquial): tipo sanguíneo e Fator RH, Peso.

Cardiologia Pediátrica/Adulto: Ecocardiograma ou Ecodoppler, tipo sanguíneo e Fator RH, Peso.



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta do Complexo Regulador
Superintendência de Regulação da Saúde
Coordenadoria de Tratamento Fora de Domicílio

LAUDO MÉDICO DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO

UNIDADE DE ATENDIMENTO	FONE:
CIDADE	PROTOCOLO nº

PACIENTE	NOME		DOCUMENTO DE IDENTIDADE - DI
	ENDEREÇO UF _____		CIDADE
			FONE
	DATA DE NASCIMENTO	CPF	OUTRAS INFORMAÇÕES

ACOMPANHANTE	NOME		DOCUMENTO DE IDENTIDADE - DI
	ENDEREÇO UF _____		CIDADE
			FONE



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta do Complexo Regulador
Superintendência de Regulação da Saúde
Coordenadoria de Tratamento Fora de Domicílio

HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL		
EXAME FÍSICO		
DIAGNÓSTICO PROVÁVEL	PROCEDIMENTO AIH	CID
EXAMES (S) COMPLEMENTAR (ES) REALIZADO (S), ANEXAR CÓPIA		
TRATAMENTO (S) REALIZADO (S)		
TRATAMENTO/EXAME INDICADO		
ORIENTAÇÕES: Senhor Médico, para agilizarmos o atendimento do seu paciente solicitamos a colaboração no preenchimento de todos os campos com letra legível. 1. Não esquecer do CID 10° R e o código do procedimento de AIH; 2. É importante a H.D.A Anamnese e exames já realizados 3. Data, assinatura e carimbo são importantes neste documento. Obrigado!		
JUSTIFICAR AS RAZÕES QUE IMPOSSIBILITARAM A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO NA LOCALIDADE		



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta do Complexo Regulador
Superintendência de Regulação da Saúde
Coordenadoria de Tratamento Fora de Domicílio

JUSTIFICAR A NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE

TRANSPORTE RECOMENDÁVEL: () ÔNIBUS () AVIÃO
JUSTIFICAR:

UNIDADE PROVAVEL/RECOMENDADA DE TRATAMENTO

Fone de Contato: _____

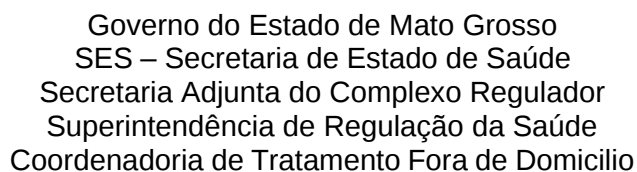
LOCAL E DATA

MEDICO – ASSINATURA E CARIMBO

PARECER DA DIVISÃO/SERVIÇO LOCAL DE MEDICINA SOCIAL/SERVIÇO DE MEDICINA SOCIAL

LOCAL E DATA

ASSINATURA – CARIMBO – MATRÍCULA



Paciente

Doador

Especialidade _____ Diagnóstico _____

Tratamento Indicado

Liberado_____ () SIM

Tipo de Transporte_____ () TERRESTRE

Acompanhante () SIM

No ato da mudança do meio de transporte o paciente foi avaliado () SIM () NÃO

[illegible]

Data _____ / _____ / _____

Médico Regulador TFD/MT



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta do Complexo Regulador
Superintendência de Regulação da Saúde
Coordenadoria de Tratamento Fora de Domicílio

**AGENDAMENTO E CONFIRMAÇÃO DE PRIMEIRA CONSULTA PARA FORA
DO ESTADO - SERVIÇO SOCIAL / TFD**

Data de Entrada do Processo ____/____/____

Paciente _____

Especialidade _____ Diagnóstico _____

Assistente Social Responsável _____

CONFIRMAÇÃO DE CONSULTA

Data de consulta ____/____/____ Hora _____

Hospital _____

Cidade _____ UF _____ Fone _____

Equipe Médica e/ou Médico _____

Contato _____

Data da Confirmação ____/____/____

Assinatura e Carimbo da Assistente Social _____

Observação: _____



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta do Complexo Regulador
Superintendência de Regulação da Saúde
Coordenadoria de Tratamento Fora de Domicílio

TERMO DE ESCLARECIMENTO DO PEDIDO DE AJUDA DE CUSTO

Tendo em vista diversos questionamentos e dúvidas sobre o pagamento de ajuda de custo aos pacientes do TFD, cabe esclarecer o seguinte:

a) A finalidade de ajuda de custo (diárias) é de ajudar nos custos das despesas com **alimentação e hospedagem**/ por noite do paciente e do acompanhante durante a permanência de tratamento fora do Estado

b) Trata-se de um benefício **não automático** dependendo de requerimento expresso e escrito do paciente ou seu responsável/legal (**que acompanha o paciente na viagem**)

c) Caso conclua-se que o paciente recebeu mais diárias que o devido a diferença será abatida na(s) próximas viagem(s).

OBS: o usuário deverá solicitar a ajuda de custo (diárias) assim que tiver o agendamento da próxima consulta.

d) As diárias são pagas somente para paciente em tratamento ambulatorial, ou seja, **paciente internado não tem direito a ajuda de custo.** Nos casos em que comprovadamente o hospital não aceite o acompanhante, será solicitada a ajuda de custo (diárias), para o acompanhante.

e) As diárias, quando solicitadas, somente serão autorizadas por um período máximo de **90** (noventa) dias a partir da data com **consulta** ou da declaração médica.

f) O valor com hospedagem é de **R\$ 100,00** para paciente e **R\$ 100,00** para acompanhante (quando houver), e o valor sem hospedagem é de **R\$ 33,00** para paciente e **R\$ 33,00** para o acompanhante (quando houver).

g) Forma de pagamento: conta corrente ou conta poupança (De qualquer Instituição bancária). Formalizar o pedido de ajuda de custo em requerimento e anexar cópia do cartão e extrato bancário RG e CPF do paciente e acompanhante no TFD/SES.

h) Caso haja necessidade de permanecer mais tempo em tratamento fora do Estado torna-se indispensável enviar **ao TFD, Declaração Médica**, devida assinada e com carimbo do médico, junto com a solicitação do paciente ou responsável legal, tais documentos se fazem necessários para a formalização do pedido de complementação de ajuda de custo (diárias). Em caso de tratamento prolongado, este pedido deve ser enviado (renovado), encaminhado ao TFD de 30 em 30 dias.



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta do Complexo Regulador
Superintendência de Regulação da Saúde
Coordenadoria de Tratamento Fora de Domicílio

i) Ressalta-se que para a prestação de conta das diárias, no retorno a Cuiabá é obrigatório a entrega no TFD dos canhotos da passagem e o relatório de Conta referência constando a data da alta medica e liberação para retorno. Aquele que não apresentar esses documentos ficará impedido de receber diárias (Ajuda de Custo) desta viagem.

j) É de inteira responsabilidade do requerente a regulação do seu CPF junto à Receita Federal pois se o paciente /responsável estiver com o CPF pendente ou suspenso não poderá receber a ajuda de custo (diárias)

Assinatura do Paciente



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta do Complexo Regulador
Superintendência de Regulação da Saúde
Coordenadoria de Tratamento Fora de Domicílio

TERMO DE RESPONSABILIDADE DO COMPARECIMENTO AO AEROPORTO

Eu, _____, Portador do CPF nº _____, paciente e/ou acompanhante devidamente cadastrado (a) no TFD/MT sob código GVP nº _____, estou **CIENTE** que devo comparecer no aeroporto com antecedência mínima de 02 (duas) horas do horário local do embarque, e que terei que assumir o pagamento da multa de remarcação caso perca o voo agendado, também estou **CIENTE** que, caso necessite somente das passagens de ida, a passagem de volta está condicionada à disponibilidade de data e horários da companhia aérea junto ao TFD.

Paciente e/ou Acompanhante

Data: ____/____/____



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta do Complexo Regulador
Superintendência de Regulação da Saúde
Coordenadoria de Tratamento Fora de Domicílio

REQUERIMENTO DE AJUDA DE CUSTO

Paciente: _____

Eu _____,

Portador do RG nº _____, CPF nº _____,

Residente na: _____

Cidade: _____ CEP: _____.

Venho requerer :

☐ Ajuda de custo para a consulta do dia: _____ / _____ / _____,

☐ Complementação de ajuda de custo período _____ / _____ / _____ a _____ / _____ / _____ (para os casos acima de 05 dias, necessário anexar a Declaração médica/complementação de ajuda de custo referente ao período informado)

Hospital: _____, Cidade: _____

Banco: _____ Nº Agência: _____ Nº Conta Bancária: _____

Fones para contato: (____) _____ (____) _____

E-mail: _____

Assinatura: _____

Local: _____, _____ / _____ / _____

Obs: Esse requerimento deve ser preenchido pelo paciente ou seu acompanhante (quem for o titular da conta bancária).

Anexar os seguintes documentos:

- ✓ *Cópia de RG e CPF do paciente e do acompanhante*
- ✓ *Cópia de cabeçalho de extrato da Conta Bancária ativa do Banco do Brasil (deve conter somente data atualizada, nome, número de agência e conta, com variação em caso de poupança, **não deve** aparecer saldo);*

Prezado (a):

Gentileza preencher este documento, somente quando o paciente permanecer em tratamento por mais de 05 dias. Em cada formulário deve ser preenchido um período máximo de 30 dias.



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta do Complexo Regulador
Superintendência de Regulação da Saúde
Coordenadoria de Tratamento Fora de Domicílio

DECLARAÇÃO

Declaro para que se produza os efeitos legais que o(a) paciente
_____,
está ou esteve em atendimento médico nesta
Instituição _____,
no mês de _____, período ____/____/____ a
____/____/____.

O paciente esteve **internado neste atendimento?** () Não () Sim período:
____/____/____ a ____/____/____.

Durante período de internação, o(a) **acompanhante** permaneceu alimentando/pernoitando no
hospital? () Não () Sim

**OBS: Relatar informações clínica do tratamento realizado e o motivo do (da) paciente
não retornar ao município de origem, no intervalo dessas avaliações médicas.**

Por ser verdade, firmo a presente declaração.

Assinatura e carimbo do médico:

Local e data: _____, ____/____/____



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta do Complexo Regulador
Superintendência de Regulação da Saúde
Coordenadoria de Tratamento Fora de Domicílio

RELATÓRIO DE CONTRA REFERÊNCIA

Caro Colega, este relatório é de extrema importância para manutenção/continuidade do Tratamento Fora do Domicílio.

Nome do Paciente: _____

Nome da Mãe: _____

Nome da Instituição que o atende: _____

N.º do registro (prontuário/boletim de atendimento): _____

Diagnóstico atual: _____

Condições clínicas atuais do paciente: _____

Fez tratamento cirúrgico? () Sim () Não Quando? ____/____/____

Breve resumo da internação cirúrgica/e ou clínico:

Revisão do tratamento em ambulatório: ____/____/____ a ____/____/____.

O paciente esteve internado nesta consulta () Sim – Período ____/____/____ a ____/____/____ () Não

Obs.: durante o período de internação, o/a acompanhante também permaneceu internado? () Sim () Não

Continuidade do tratamento: () no órgão de origem () Neste Serviço

Informar medicamento em uso pelo paciente:

Data da próxima consulta: ____/____/____.

Telefones e horários para contato do médico assistente: _____

Local e Data do atendimento: _____

(preenchimento obrigatório)

Assinatura e carimbo do Médico Assistente