

**COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DE MATO GROSSO - CIB/MT**  
**RESOLUÇÃO CIB/MT Nº 776 DE 14 DE DEZEMBRO DE 2023.**

Dispõe sobre a atualização do Manual de Normatização de Tratamento Fora de Domicílio (TFD) do Estado de Mato Grosso, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

**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 198**, que preconiza a integralidade do atendimento à saúde;

**II- A Lei Nº 8080 de 19 de setembro de 1990**, que dispõe sobre a Organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e articulação Inter federativa;

**III- A Lei Complementar Nº 22 de 9 de novembro de 1992**, que instituiu o Código Estadual de Saúde e 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;

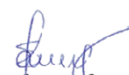
**IV- A Portaria SAS/MS/Nº 055 de 24 de fevereiro de 1999**, que dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informação Ambulatorial do SAI/SUS e dá outras providências;

**V- A Portaria de Consolidação Nº 02 de 28 de setembro de 2017**, que instituiu a política de Nacional de Regulação do SUS, a regulação do acesso à assistência deve ser efetivada pela disponibilização;

**VI- A necessidade de atualizar as diretrizes estabelecidas no Manual de Normatização de Tratamento Fora de Domicílio do Estado de Mato Grosso** para que o usuário do SUS tenha acesso a rede de serviços com sistema de referência e contra referência, na ausência da assistência necessária no Estado de origem, de forma resolutiva e eficaz.

GILBERTO  
GOMES DE  
FIGUEIREDO:17  
482445153

Assinado de forma digital  
por GILBERTO GOMES DE  
FIGUEIREDO:1748244515  
3  
Dados: 2023.12.18  
12:45:58 -04'00'

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

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DE MATO GROSSO - CIB/MT

**RESOLVE:**

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

**Art. 2º** Esta Resolução entra em vigor na data da assinatura, revogando a Resolução CIB/MT Nº 359, de 10 de novembro de 2022.

GILBERTO  
GOMES DE  
FIGUEIREDO:174<sup>3</sup>  
82445153

Assinado de forma digital  
por GILBERTO GOMES DE  
FIGUEIREDO:1748244515  
Dados: 2023.12.18  
12:46:15 -04'00'

Cuiabá/MT, 14 de dezembro de 2023.



---

**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 CRISTINA DA SILVA 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 Cristina da Silva Bardi

Josied Marprates Cunha

Marcos Vinícius de Souza

Hudson Marcelo da Costa

Servidores do TFD

ONG - Mães do TFD

**COLABORAÇÃO:**  
**Servidores 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

## **SUMÁRIO**

- 1. DO PEDIDO DE TRATAMENTO FORA DO DOMICILIO**
- 2. DEFINIÇÃO**
- 3. DO PEDIDO DE TRATAMENTO FORA DO DOMICILIO**
  - 3.1** *DOS USUARIOS*
  - 3.2** *DOS TRANSPLANTES*
  - 3.3** *DA URGÊNCIA/EMERGÊNCIA*
  - 3.4** *DA ONCOLOGIA*
- 4. DOS DOCUMENTOS**
  - 4.1** *DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:*
- 5. DA REGULAÇÃO**
- 6. DAS RESTRIÇÕES**
- 7. FLUXO DO TFD**
  - 7.1** *DA REGULAÇÃO INTERESTADUAL*
  - 7.2** *DA FORMALIZAÇÃO DO PROCESSO PARA TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO;*
- 8. DA EMISSÃO DE PASSAGENS AÉREAS OU TERRESTRES PARA TFD**
- 9. DA AJUDA DE CUSTO**
  - 9.1** *DA AJUDA DE CUSTO PARA PACIENTES PRÉ-TRANSPLANTADOS E PÓS TRANSPLANTADOS.*
  - 9.2** *DA AJUDA DE CUSTO PARA PACIENTES DE OUTRAS PATOLOGIAS.*
- 10. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAR COMPLEMENTAÇÃO DE AJUDA DE CUSTO**
  - 10.1** *DOS PRAZOS*
  - 10.2** *DO PAGAMENTO DAS DIÁRIAS*
  - 10.3** *DOS CASOS DE ÓBITO*
  - 10.4** *DA SUSPENSÃO*
- 11. DA RENOVAÇÃO/PRORROGAÇÃO DO TFD**
- 12. DAS SOLICITAÇÕES DO TFD 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*
- 18. DO REEMBOLSO**
  - 18.1** *DO REEMBOLSO DE PASSAGENS*
  - 18.2** *DO REEMBOLSO DE SERVIÇO FUNERAL*
- 19. DAS DESPESAS COM ÓBITOS**
- 20. DO PROCESSAMENTO**
- 21. DAS COMPETÊNCIAS**
- 22. DA INTERRUPTÃO, CANCELAMENTO OU DESLIGAMENTO DO PROGRAMA DO TFD**
- 23. DA RESPONSABILIDADE CIVIL**
- 24. CONSIDERAÇÕES FINAIS**
- 25. LEGISLAÇÃO REFERENCIADA**



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

**26. CONTATOS – TFD**

**27. 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
- REQUERIMENTO DE AJUDA DE CUSTO
- DECLARAÇÃO MÉDICA



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

## **COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DE MATO GROSSO**

### **MINUTA**

**Resolução CIB/MT N.º XXX, de XX de novembro de 2023**

**Dispõe sobre atualização do Manual de Normatização de Tratamento Fora de Domicílio – TFD – no âmbito do Estado de Mato Grosso.**

**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 19/09/1990, que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Inter federativa;
- III. A Lei Complementar nº 22, de 09/11/1992, que institui o Código Estadual de Saúde e dispõe sobre a organização, a regulamentação, a fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde no Estado, caracterizando 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 SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na Tabela de procedimentos do Sistema de informações Ambulatoriais do SAI/SUS e dá outras providências;
- VI. A necessidade de revisão do Manual de Normatização do Tratamento Fora de Domicílio/TFD do Estado de Mato Grosso, com a finalidade de atualizar todas as diretrizes estabelecidas para que o usuário do SUS tenha acesso a 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-TFD do Estado de Mato Grosso, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS/MT, conforme Anexo Único desta Resolução.

Art. 2º: Esta resolução entrará em vigor na data de sua assinatura, revogando em especial a Resolução CIB/MT Nº 294 de 06 de julho de 2023 e quaisquer outros dispositivos contrários.



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

## **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.

### **1. APRESENTAÇÃO**

O Tratamento Fora do Domicílio COTFD/SES-MT, 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, na Lei Complementar nº 22 de 09/11/1992, Portaria SAS/MS nº 055 de 24/02/1999 e nas Resoluções CIB vigentes

A Coordenadoria do TFD, faz parte da Superintendência de Regulação da Saúde, vinculadas a Secretária Adjunta do Complexo Regulador da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso-SES/MT.

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

### **2. DEFINIÇÃO**

O benefício do Tratamento Fora do Domicílio consiste no fornecimento de passagens (terrestres ou aéreas), bem como de diárias (ajuda de custo) para pagamento das despesas de alimentação, hospedagem e transporte no local de tratamento, 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 de média e alta 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.



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

### 3. DO PEDIDO DE TRATAMENTO FORA DO DOMICILIO

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

#### 3.1 DOS USUARIOS

Os pedidos do TFD, para usuários residentes em qualquer município do Estado de Mato Grosso devem ser encaminhados pelas Unidades da Rede SUS à Central de Regulação do município de origem, que deve 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 do Município de origem, deve preencher o laudo do TFD (formulario anexo) e encaminhar para a Central de Regulação Municipal que deve juntar toda a documentação necessária contida no item 4.1 e enviar para o Escritórios Regional de Saúde (ERS), para que o mesmo proceda a conferencia documental e envie via SIGADOC, à COTFD/SES/MT.

#### 3.2 DOS TRANSPLANTES

A Coordenadoria de Transplantes é responsável por todos os procedimento do Pré Transplante, do Transplante e Pós Transplante. Assim sendo, as ações necessárias para a realização de transplante de órgãos e tecidos é de responsabilidade técnica dessa Coordenadoria e toda ação para atender esse publico específico deve ser realizado pela mesma e encaminhados, via SIGADOC, à COTFD/SES-MT.

#### 3.3 DA URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

- a) Entende-se como urgencia e emergencia, casos de pacientes com liminares judiciais, independente de estarem internados ou não.
- b) Os pacientes que estejam impedidos de viajar em voo comercial, ou que estejam internados, em virtude de sua patologia, devem manter o contato



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 telefone do responsável/familiar atualizado, para garantir a agilidade do seu deslocamento, que é de responsabilidade conjunta da COTFD/SES-MT e da Superintendência de Urgência e Emergência/SES/MT.

- c) Em situações de agravo das condições clínicas do paciente, o mesmo deve ser atendido em unidade especializada até estabilização do seu quadro de saúde, incluindo aqueles que possuem processo do TFD interestadual já autorizado ou em andamento inicial.

### **3.4 DA ONCOLOGIA**

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

## **4. DOS DOCUMENTOS**

Os documentos discriminados no item 4.1, são necessários para compor o processo do TFD e devem ser entregues na Unidade de Atendimento de origem do paciente.

### **4.1 DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:**

- a) Laudo Médico da COTFD/SES/MT 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) O paciente deve receber o protocolo original de entrega de seus documentos, assinado e carimbado pelo SERVIDOR da Central de Regulação do Município de residência 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

## 5. 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 aos residente no Estado de Mato Grosso;
- c) O tratamento do paciente, determinado no laudo médico para TFD, será direcionado para a Unidade de Saúde que ofertar vaga em qualquer região do país, incluindo pacientes sem diagnóstico fechado inicialmente, tendo como suspeita o procedimento definido pelo médico solicitante do município;
- d) O Médico Regulador da COTFD/SES-MT fará análise da solicitação e dos exames realizados pelo paciente e definirá a conduta, inclusive com avaliação do paciente se necessário.
- e) A autorização para o TFD inclui o deslocamento (ida e volta) e Ajuda de Custo (Diária – com ou/e sem hospedagem);
- f) 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;
- g) A complementação financeira estadual para Ajuda de Custo referente a alimentação e hospedagem do paciente e acompanhante, está baseado nos valores constantes da Tabela SIGTAP- Sistema de Gerenciamento de Tabelas/SUS, conforme Portaria Nº 589/2023/GBSES, de 14/08/2023 – DOE Nº 28.563 de 15/08/2023, ou demais portarias que venham a substituí-la;
- h) O acompanhante somente será autorizado nos casos em que o paciente for menor de idade ou maior de 60(sessenta) anos, indígenas, pessoas com deficiência ou quando o paciente não estiver em condições clínicas ou psíquicas para realizar o deslocamento sozinho, que poderá ser justificado pelo profissional médico em casos de problemas de saúde ou profissional do serviço social em casos de problemas de vulnerabilidade social;
- i) Análise social: pai/mãe solo e situações excepcionais (segundo acompanhante/ substituição/ solicitação em trânsito) que fogem do determinado acima serão avaliados pela equipe multiprofissional da COTFD/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

## **6. DAS RESTRIÇÕES**

Será vedada 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 experimental não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;
- f) Tratamento fora do Território Nacional;
- g) Quando não houver garantia de atendimento em outro Estado;
- h) Quando o acompanhante não estiver em condições físicas ou psíquicas para prestar total apoio ao paciente em caso de intercorrências.
- i) Paciente 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 profissional assistente social.

## **7. FLUXO DO TFD**

### **7.1 DA REGULAÇÃO INTERESTADUAL**

Os municípios, através das Centrais de Regulação Municipais, são responsáveis por receber e conferir os documentos necessários para solicitação



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

do TFD. Estando os documentos entregues e conferidos, o município deve emitir protocolo ao usuário, carimbado e assinado pelo servidor municipal, e enviar no prazo máximo de 2 (dois) dias úteis, via e-mail, para o Escritório Regional de Saúde-ERS de sua abrangência, em conformidade com o item 4.1 deste Manual (documentos completos, legíveis e originais).

O ERS procede a conferência documental e estando tudo correto, encaminha via SIGADOC, no prazo máximo de 2 (dois) dias úteis, para a COTFD/SES/MT, onde o Médico Regulador analisa e emite parecer, objetivando a continuidade do andamento do processo e agiliza as providências necessárias para inserção no Sistema Nacional, garantindo a assistência ao paciente e acompanhante (passagens e diárias), conforme descrito neste Manual.

Nos casos em que o paciente não conseguir entregar a documentação junto a regulação do seu município, o mesmo poderá “excepcionalmente” encaminhar a documentação diretamente para o e-mail da COTFD/SES/MT, [tfd\\_ajudadecusto@ses.mt.gov.br](mailto:tfd_ajudadecusto@ses.mt.gov.br)

## **7.2 Da formalização do processo para Tratamento Fora do Domicílio;**

- a) Após a apresentação de todos os documentos contidos no item 4.1 deste Manual, compete ao servidor da Central Municipal conferir toda documentação, e encaminhar a mesma ao Escritório Regional de Saúde – ER's de sua abrangência que por sua vez, encaminhará para a COTFD/SES/MT, via SIGADOC.
- b) O Médico Regulador da COTFD/SES/MT, realiza a análise e avaliação do processo de solicitação do TFD, podendo autorizar, indeferir, solicitar informações complementares ao Médico Assistente, e 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, e avaliação do transporte mais indicado para cada paciente. Em caso de não conformidade processual, a solicitação é negada pelo Médico Regulador através de parecer detalhado e fundamentado, contendo a justificativa que ensejou tal negativa.
- c) Após análise e deferimento do Médico Regulador estadual, é 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 da COTFD/SES/MT, recebe o Processo já validado pelo Médico Regulador e procede com as tratativas para realizar



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 contato com as Unidades executantes, afim de realizar agendamento.

- e) A equipe do Serviço Social da COTFD/SES/MT deve entrar em contato com o paciente, afim de informar sobre o deslocamento e as documentações obrigatórias do TFD, bem como realizar as orientações pertinentes.
- f) A partir do deferimento do medico regulador todas as tratativas envolvendo o paciente e acompanhante deverão ser realizadas pelo serviço social da COTFD/SES/MT.
- g) Quando houver indeferimento pelo Médico Regulador da COTFD/SES/MT ou quando não houver a disponibilidade do serviço, a equipe do Serviço Social deve informar em até 48 horas, via e-mail institucional, para as Regionais e/ou diretamente ao paciente (com no minimo 3 tentativas via telefone, e-mail e whatsapp).

## **8. DA EMISSÃO DE PASSAGENS AÉREAS OU TERRESTRES PARA TFD**

- a) A emissão de passagens para pacientes e acompanhantes, deve ocorrer conforme normas estabelecidas, podendo o deslocamento ocorrer de todos os municípios de origem, que tenham aeroportos regulamentados pela ANAC, no ambito de MT e de acordo coma disponibilidade de voos comerciais.
- b) A emissão de passagens para pacientes e acompanhantes, que estejam cadastrado no TFD e tenha o seu agendamento regulado pelo SUS, podendo o deslocamento ocorrer de todos os estados da federação, que tenham aeroportos regulamentados pela ANAC, e de acordo com a disponibilidade de voos comerciais.
- c) As passagens aéreas serão emitidas nos casos em que a logística e/ou a distância tornar inviável o meio de transporte terrestre, e que possa significar risco a saúde do paciente. Essa decisão deve ser estabelecida após análise e parecer Médico e Social da equipe da COTFD/SES/MT.
- d) Não é permitido que o paciente realize: mudança do trajeto, desmembramento dos trechos das passagens, mudança de acompanhante em um mesmo período de Tratamento Fora do Domicílio, salvo em casos de extrema necessidade, devidamente solicitado pelo Serviço Social da COTFD/SES/MT e autorizado pelo médico e/ou pelo Coordenador do TFD/Superintendente de Regulação Estadual e/ou Secretario Adjunto da SES – MT (responsável pela regulação estadual).
- e) Na hipótese de reagendamento da consulta por parte do Hospital, após o



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

paciente receber a passagem terrestre e/ou aérea, o mesmo deve comunicar imediatamente, 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.

- f) As passagens aéreas serão liberadas, ida e volta, somente nos casos em que o paciente tenha a garantia e definição do tempo de permanência no local de destino.
- g) Quando não houver previsão de retorno, somente será liberada a passagem de ida.
- h) O paciente deve solicitar sua passagem de retorno junto a equipe da COTFD/SES/MT, no prazo máximo de 72 horas, a contar da data da liberação médica.
- i) A solicitação da passagem deve ser através do e-mail do Setor de Passagem: [tfd\\_passagem@ses.mt.gov.br](mailto:tfd_passagem@ses.mt.gov.br).
- j) Após o envio da solicitação de retorno, a equipe da COTFD/SES/MT tem até 48 horas para providenciar a solicitação e emissão dos bilhetes. Para evitar perdas ou desvios das respectivas solicitações, a COTFD/SES/MT deve fazer gestão diária dos requerimentos de passagens e Ajuda de Custo recebidas no e-mail e ou SIGADOC, apresentando protocolo de recebimento.
- k) As passagens terrestres serão liberadas ida e volta, ficando sob responsabilidade dos beneficiários o agendamento da data e horário no terminal rodoviário.
- l) O paciente encaminhado, via terrestre, para a Unidade Executante e que necessitar de mudança de transporte devido ao quadro clínico, é necessário enviar relatório médico para análise da COTFD/SES/MT.
- m) O paciente que não utilizar a passagem emitida, deverá informar o Setor de Passagem da COTFD/SES/MT, para não acarretar suspensão das próximas autorizações de consultas agendadas.
- n) Caso o agendamento futuro seja 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 qualquer tempo, a complementação de Ajuda de Custo, através do preenchimento da Declaração Médica.



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

## **9. DA AJUDA DE CUSTO**

- a) A Ajuda de Custo para alimentação e hospedagem serão concedidas aos pacientes cadastrados na COTFD/SES/MT, conforme Portaria GBSSES Nº 589 de 14/08/2023 e/ou retificada por outras Portarias que venham alterá-las ou substituí-las;
- b) Para solicitar o benefício da Ajuda de Custo do TFD, é necessário o cadastro do paciente no Sistema de Gerenciamento de Viagens – GVP ou outro sistema que venha a substituí-lo.

### **9.1 DA AJUDA DE CUSTO PARA PACIENTES PRÉ-TRANSPLANTADOS E PÓS TRANSPLANTADOS.**

- a) Os pacientes em tratamento no Pré Transplante, no Transplante e Pós Transplante são de responsabilidade da Coordenadoria de Transplante e devem permanecer vinculados a mesma durante todo tempo de tratamento, uma vez que qualquer situação que fuja da normalidade ou que levante dúvidas, compete a equipe técnica da Coordenadoria de Transplante emitir Parecer Técnico respaldando o atendimento ao paciente.
- b) O paciente e acompanhante tem direito a 15 (quinze) diárias iniciais, desde a 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 destino por período inferior a 15 (quinze) dias, as diárias não utilizadas serão abatidas no próximo agendamento do paciente onde realiza seu tratamento.
- c) O paciente que solicitar Ajuda de Custo inicial (15 diárias) terá que solicitar a COTFD/SES/MT, através do REQUERIMENTO DE AJUDA DE CUSTO INICIAL, devidamente preenchido e com os documentos necessários elencados no protocolo de solicitação de Ajuda de Custo. Essa solicitação deve ocorrer no prazo máximo de 20 (vinte) dias úteis antes da data da consulta, desconsiderando finais de semana, feriados e ponto facultativo.

### **9.2 DA AJUDA DE CUSTO PARA PACIENTES DE OUTRAS PATOLOGIAS.**

- a) O paciente e acompanhante tem direito a 5 (cinco) diárias iniciais, em sua primeira consulta no serviço de saúde agendado, para garantia da realização de seu tratamento. No caso em que o paciente e acompanhante permanecerem no seu destino por período inferior a 5 (cinco) dias, as diárias não utilizadas serão abatidas no próximo agendamento do paciente onde realiza seu 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

- b) A partir da segunda consulta, serão pagas 15 (quinze) diárias, para o paciente e acompanhante. No caso em que o paciente e acompanhante permanecerem no seu destino por período inferior a 15 (quinze) dias, as diárias não utilizadas serão abatidas no próximo agendamento do paciente onde realiza seu tratamento.
- c) O paciente ao solicitar a Ajuda de Custo inicial (5 diárias) deve solicitar a COTFD/SES/MT, através do REQUERIMENTO DE AJUDA DE CUSTO INICIAL, devidamente preenchido e com os documentos necessários elencados no protocolo de solicitação de Ajuda de Custo. Essa solicitação deve ocorrer no prazo máximo de 20 (vinte) dias úteis antes da data da consulta, desconsiderando finais de semana, feriados e ponto facultativo.
- d) Nos casos em que o paciente necessitar permanecer no destino por tempo superior ao quantitativo de diárias pagas pela COTFD/SES/MT, a solicitação de complementação de Ajuda de Custo deve ser feita a qualquer momento e prazo, através de Declaração Médica da Unidade de Saúde, estipulando o tempo de permanência necessária, conforme determinado pela Unidade de saúde de referência, devendo ser atualizada a cada 30 (trinta) dias e enviada a COTFD/SES/MT.
- e) O pagamento das diárias iniciais e complementares não devem ultrapassar 30 (trinta) dias corridos após a data de entrada na COTFD/SES/MT. Compete obrigatoriamente ao usuário e/ou acompanhante, por expressa iniciativa, dar início ao processo de COMPLEMENTAÇÃO DE AJUDA DE CUSTO, **a qualquer tempo**.

## 10. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAR COMPLEMENTAÇÃO DE AJUDA DE CUSTO

- a) Declaração Médica da Instituição de Saúde onde o paciente está sendo atendido e solicitação de complementação de Ajuda de Custo para as diárias superiores às solicitadas inicialmente.
- b) A solicitação de complementação de Ajuda de Custo para pacientes em viagem deve ser encaminhada diretamente no e-mail: [tfd\\_ajudadecusto@ses.mt.gov.br](mailto:tfd_ajudadecusto@ses.mt.gov.br).
- c) A solicitação de complementação de Ajuda de Custo para pacientes que já tenham retornado ao seu município de origem, deve ser entregue diretamente na Regulação Municipal presencialmente, ou via e-mail, ou WhatsApp ou qualquer outro canal disponibilizado, no prazo máximo de 90 (noventa) 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

### **10.1 DOS PRAZOS**

- a) O paciente/acompanhante terá no máximo, até 90 (noventa) dias para solicitar Ajuda de Custo através do requerimento padrão, contados a partir da data do retorno autorizado pelo Médico Regulador da COTFD/SES/MT.
- b) O paciente/acompanhante poderá a qualquer tempo solicitar a complementação, através de Requerimento Padrão, sendo que para cada período de 30 (trinta) dias, deve ser utilizado um Requerimento e este precisa ser validado pela Unidade onde o paciente se encontra em tratamento.
- c) A Declaração Médica deve conter todos os dados preenchidos corretamente e encaminhados a COTFD/SES/MT, 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 devem ultrapassar 30 (trinta) dias corridos após a entrada na COTFD/SES/MT.

### **10.2 DO PAGAMENTO DAS DIÁRIAS**

- a) Considera-se para pagamento de diárias, tanto de transporte aéreo como terrestre, a data do início de deslocamento do paciente para TFD em outros Estados, bem como seu retorno.
- b) No caso de diárias não utilizadas, as mesmas serão descontadas e consideradas na próxima viagem.

### **10.3 DOS CASOS DE ÓBITO**

Em caso de falecimento do paciente/acompanhante, ambos terão direito a Ajuda de Custo referente ao período em que estiveram em tratamento, exceto no período de internação hospitalar, salvo nos casos em que houve impedimento da permanência do acompanhante na Unidade Hospitalar que o paciente esteve internado (ex: casos de UTI, restrição epidemiológica), sendo necessária a apresentação formal dos documentos estabelecidos na relação a seguir:

- a) Cópia da Certidão ou Atestado de Óbito (autenticada) e os documentos do item 10 – B.
- b) Cópia do RG e CPF do paciente e acompanhante cadastrados.
- c) Nos casos em que o Requerimento de Ajuda de Custo já tenha sido assinado pelo paciente, anterior ao óbito, o acompanhante pode solicitar Ajuda de Custo, juntando a Declaração Médica devidamente preenchida, a



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

cópia dos dados de qualquer instituição bancária, desde que seja conta corrente e a Certidão de Óbito.

- d) Nos casos em que o Requerimento não tenha sido assinado pelo paciente, anterior ao óbito, o acompanhante pode fazê-lo e solicitar Ajuda de Custo, juntando a Declaração Médica devidamente preenchida, a cópia dos dados de qualquer instituição bancária, desde que seja conta corrente e a Certidão de Óbito.

#### **10.4 DA SUSPENSÃO**

- a) Na ausência de documentos necessários, bem como o envio dos mesmos após o prazo estabelecido neste Manual, que é de 90 (noventa) dias, conforme item 10.1 deste Manual.
- b) Em caso de extravio/perda/roubo, o paciente deve apresentar Relatório do Hospital, contendo o período em que esteve em tratamento para justificar a ausência das declarações médicas e de contra referência. Em caso de passagens (terrestre ou aéreo) o mesmo poderá apresentar e-mail, foto ou declaração de próprio punho.
- c) Nos casos em que o paciente e acompanhante, encaminhados pela COTFD/SES/MT, permanecerem pernoitando na Unidade Hospitalar durante o período de tratamento, será suspensa a Ajuda de Custo, salvo nos casos de internação dia (quando o paciente não pernoitar na Unidade Hospitalar).

### **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 (trinta) dias, Relatório Médico com as seguintes informações:

- Quadro clínico atual do paciente;
- Comprovantes de consultas, exames e procedimentos realizados no período;
- Justificativa médica sobre a necessidade de permanecer fora de domicílio;
- Cronograma, agendamentos futuros e demais informações julgadas necessárias para esclarecimento da equipe autorizadora.

### **12. DAS SOLICITAÇÕES DO TFD INDEFERIDAS**



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

A medida em que os serviços de saúde passarem a ser ofertados pelo SUS no Estado de Mato Grosso, as renovações serão indeferidas e direcionadas para o tratamento nas Unidades de Saúde de referência de cada especialidade, salvo nos casos em que houver expressa recomendação médica para continuidade do Tratamento Fora do Domicílio no serviço de referência ao qual o paciente esteja vinculado.

### **13. DO TRATAMENTO**

- a) No período de tratamento na Unidade Executante, o médico assistente do paciente deve preencher todos os Relatórios solicitados pela COTFD/SES/MT, a fim de 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.
- c) Para os pacientes que iniciarem o tratamento em outro Estado que não tenham cadastro e/ou dirigir-se a outra Unidade de Saúde que não seja aquela autorizada pela COTFD/SES/MT, somente terão respaldo legal, se cumprido os trâmites processuais, conforme explicita este Manual, caso contrário, os mesmos não terão garantido a sua inclusão no TFD.

### **14. DO RETORNO**

- a) Os agendamentos de retorno devem ser efetuados pelas Unidades Executantes de onde os pacientes estiverem em tratamento, diretamente no Cartão do Hospital, ou e-mail Institucional ou através de confirmações efetuadas pela equipe do setor médico junto as Unidades Executantes.
- b) Os retornos agendados, devem ser encaminhados à COTFD/SES/MT com prazo mínimo de 20 (vinte) dias, caso isso não ocorra, o paciente deve realizar novo agendamento com data superior a estipulada. Casos excepcionais, serão analisados pela equipe médica da COTFD/SES/MT.
- c) As passagens para retorno ao Estado de Mato Grosso, somente poderão ser solicitadas mediante autorização médica da Unidade onde o paciente está em tratamento, 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 da COTFD/SES/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

## **15. DA NOVA SOLICITAÇÃO**

- a) Os pacientes cadastrados na COTFD/SES/TFD que permanecerem sem realizar tratamento por um período de 05 (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 pelo qual o paciente precisa permanecer no local do tratamento.

## **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 e ou do serviço social, esclarecendo o porquê da impossibilidade do paciente se deslocar desacompanhado. A justificativa deve ser inserida no Laudo pelo médico assistente do paciente e será avaliada pela equipe médica reguladora e pela equipe do Serviço Social da COTFD/SES/MT.
- b) Os acompanhantes deverão ser maiores de idade (18 a 60 anos), conforme legislação vigente, devidamente documentados e capacitados física/mentalmente. O acompanhante deve ser preferencialmente pessoa da família, não podendo o mesmo residir no Município/Estado de destino ou mesmo em outra Unidade Federativa, exceto se for o doador de órgãos.
- c) Gestantes, lactantes (exceto nos casos em que os lactantes sejam os pacientes), pessoas com deficiência, não podem ser acompanhantes dos usuários em TFD. Lactantes, filho de paciente, somente terão direito a viajar até os 6 (seis) meses de idade, salvo exceções.
- d) O acompanhante, deverá dispor de tempo suficiente para permanecer com o paciente durante todo tratamento.
- e) A COTFD/SES/MT não é responsável por despesas ocasionadas pela substituição do acompanhante, salvo nos casos em que houver necessidade expressa, devidamente justificada e analisada pela equipe da COTFD/SES/MT.
- f) Os casos de doença ou morte do acompanhante devidamente justificadas, serão analisados pela equipe médica da COTFD/SES/MT. Havendo a necessidade da troca de acompanhante, a passagem autorizada será aérea, salvo se a equipe médica da COTFD/SES/MT autorizar outro tipo de transporte.



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

- g) Todo acompanhante deve estar devidamente cadastrado no GVP-WEB (Sistema de Gerenciamento de Viagens de Pacientes) e no SIGADOC, ou outro Sistema que vier a substituí-los, a fim de que haja o devido controle dos processos;
- h) Não será permitida a substituição do acompanhante após a emissão dos bilhetes de passagens, salvo em casos de morte ou doença. Quando a substituição do acompanhante for imprescindível, pelos motivos acima, a COTFD/SES/MT deverá ser comunicada imediatamente através de documentos comprobatórios que passarão por análise da equipe médica autorizadora do Serviço da COTFD/SES/MT.

## **17. DAS DESPESAS**

- a) 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 (Portaria SAS/MS nº 55 de 24 de fevereiro de 1999);
- 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 Informação Ambulatorial - 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 transporte terrestre, 20 milhas náuticas para transporte 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, através de portaria específica para este fim;
- e) As Secretarias de Saúde, do Estado e dos Municípios, não são responsáveis 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 do TFD intermunicipais são de competência das Secretarias Municipais de Saúde, que também poderão utilizar a Tabela SIGTAP, de acordo com a disponibilidade orçamentária dos Municípios.



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

## **17.2 DAS DESPESAS INTERESTADUAIS**

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

## **18. DO REEMBOLSO**

O pedido de reembolso nos casos relacionados a serviço funeral (urna, traslado e preparação do corpo) e passagens interestaduais, devem ser formalizados pelo paciente/acompanhante, junto a COTFD/SES/MT, no prazo de 90 (noventa) dias, a fim de que a SES/MT possa proceder o pagamento/reembolso, 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 na COTFD/SES/MT.
- 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. Nesses casos, o paciente deve entrar em contato com a Coordenadoria Estadual de Transplante da SES/MT, ficando à cargo dessa Coordenadoria 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/SES/MT.

### **18.1 DO REEMBOLSO DE PASSAGENS**

O reembolso de passagem deve ser formalizado na COTFD/SES/MT, com prazo para solicitação de 90 (noventa) dias, e o pagamento será feito com base nas passagens emitidas para o serviço do TFD. A solicitação deve ser feita mediante abertura de processo, contendo as seguintes documentações:



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

1. Preenchimento do formulário de Solicitação de Reembolso e Passagens.
2. Cópia dos bilhetes das passagens aéreas ou bilhetes das passagens terrestres originais.
3. Cópia do RG e CPF do paciente e do acompanhante.
4. Cópia do comprovante de pagamento das passagens.
5. Dados bancários.

## **18.2 DO REEMBOLSO DE SERVIÇO FUNERAL**

O reembolso funeral deve ser solicitado formalmente pelo acompanhante devidamente cadastrado na COTFD/SES/MT, sendo necessário a apresentação formal dos documentos estabelecidos na relação a seguir:

1. Preenchimento do Formulário de Solicitação de Reembolso de Serviço Funeral;
2. Cópia da Certidão ou Atestado de Óbito (autenticada);
3. Cópia dos Serviços Funeral – Nota Fiscal do Serviço Prestado;
4. Dados bancários;
5. Cópia do RG e CPF do paciente e acompanhante cadastrados.

## **19. DAS DESPESAS COM ÓBITOS**

- a) Nos casos de óbito fora do estado de Mato Grosso, e estando o paciente e/ou acompanhante devidamente cadastrados na COTFD/SES/MT, a equipe providenciará todos os encaminhamentos necessários para o traslado do corpo até a capital do Estado de Mato Grosso. O traslado da capital para os municípios do Estado, é de responsabilidade da cada Secretaria Municipal de Saúde/SMS do município de origem do paciente;
- b) As despesas permitidas no caso de óbito são: urna mortuária de menor valor, tanatopraxia do cadáver e traslado, ou alguma exigência da legislação vigente. Não são permitidas despesas com flores, túmulos, emolumentos cartoriais, dentre outros que não sejam os descritos acima;
- c) As funerárias prestadoras dos serviços não poderão ter pendência junto aos órgãos públicos, e deverão dispor dos documentos conforme as leis de licitação e contratação da administração pública vigentes;
- d) Os óbitos que ocorrerem no estado onde o paciente realiza seu tratamento e que por algum motivo não for possível que a equipe da COTFD/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

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 técnica/administrativa e jurídica;

- e) Nos casos de óbito onde o paciente tiver saldo de diárias não utilizadas, será emitida Guia de Recolhimento para devolução do recurso ao Estado, através da SES/MT.

## **20. DO PROCESSAMENTO**

- a) Os valores do financiamento do TFD, fazem parte do teto financeiro da Média e Alta Complexidade – MAC da SES/MT, sendo assim, a produção deve ser faturada no SIA/SUS para apresentação. dos relatorios de deslocamentos e de Ajuda de Custo, junto ao Ministerio da Saúde.

## **21. DAS COMPETÊNCIAS**

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

À SES/MT, através da COTFD/SES/MT compete:

- a) Orientar e capacitar as Unidades Solicitantes e Escritórios Regionais de Saúde no que se refere ao serviço do TFD e sua ação junto aos municípios, para garantir aos usuários do SUS, a integralidade do atendimento;
- b) Receber da regulação municipal, através dos Escritórios Regionais de Saúde – ER's, a solicitação pertinente ao encaminhamento interestadual;
- c) Solicitar e acompanhar junto a SES/MT, o pagamento de Ajuda de Custo para alimentação e hospedagem, dos processos do TFD de paciente e acompanhante (quando houver);
- d) Emitir o BPA-I (Boletim de Produção Ambulatorial Individual) das Ajudas de Custo e passagens;
- e) Manter a organização dos processos do TFD;
- f) Conferir a veracidade das informações para pagamento dos beneficiários;
- g) Os casos não previstos neste Manual, ficam a cargo da COTFD/SES/MT esclarecer/resolver/encaminhar, visando garantir a continuidade dos serviços 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

- h) Custear a complementação dos valores pagos pela tabela SIGTAP, com as devidas atualizações a serem feitas anualmente, tendo por base o índice de correção do IGPM (Índice Geral de Preço do Mercado);
- i) Fazer gestão diária dos requerimentos recebidos no Sistema SIGADOC e e-mail institucional do TFD.

## **22. DA INTERRUPTÃO, CANCELAMENTO OU DESLIGAMENTO DO PROGRAMA DO TFD**

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

- a) Fraude comprovada;
- b) Documentos adulterados;
- c) Não apresentar documentos que comprovem o tratamento TFD;
- d) Desistência, abandono ou óbito do paciente;
- e) Paciente realizar tratamento, em especialidades que não possuam ligação com a causa inicial do seu tratamento conforme Laudo do TFD, sem a devida comunicação ao COTFD/SES/MT;
- f) Não cumprimento dos prazos do item 10.1, para encaminhamento dos Relatórios/ Agendamentos/ Requerimento de Ajuda de Custo;
- g) Na identificação de indícios de quaisquer irregularidades, a administração pública deverá instaurar procedimento para apuração dos fatos, em observância a legislação vigente bem como aos princípios da legalidade, moralidade, contraditório e ampla defesa.

### **Exetua-se os casos:**

- 1) Quando o paciente fixar seu domicilio por qualquer período de tempo no Estado da Unidade Executante do Tratamento, por indicação médica do referido Hospital. Não haverá desligamento do paciente no TFD.
- 2) Quando o paciente cadastrado no TFD não estiver dentro do Estado de Mato Grosso por qualquer motivo, e surgir agendamento do procedimento via TFD em outra Unidade da Federação.

## **23. DA RESPONSABILIDADE CIVIL**

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



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. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O Manual de Tratamento Fora do Domicílio (TFD) do Estado de Mato Grosso proporciona orientações, com base nas legislações vigentes, quanto ao processo de encaminhamento 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 deve ser submetido à apreciação e pactuação da Comissão Intergestores Bipartite do Estado de Mato Grosso-CIB/MT por meio de Resolução e publicada em Diário Oficial do Estado de Mato Grosso, conforme estabelecido na Portaria SAS/MS Nº 055/1999.



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. 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 8080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe 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 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 589/2023 - 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

## **26. 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

## **27. 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

## **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**)

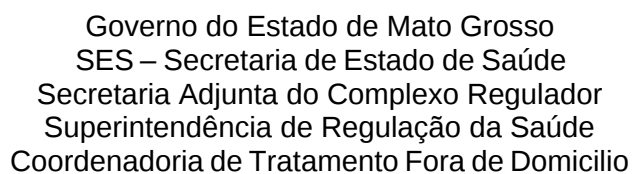
### **CÓPIAS:**

- 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;
- Dados bancários conta corrente;
- 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.



## Paciente \_\_\_\_\_

## This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

**Data**\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Assistente Social TFD/MT

**CRESS N°**



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                         |



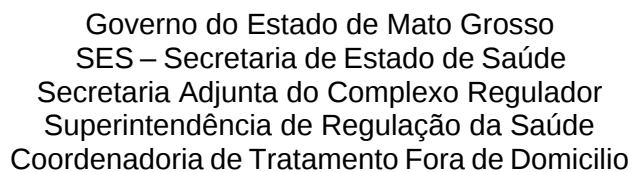
Governo do Estado de Mato Grosso  
SES – Secretaria de Estado de Saúde  
Secretaria Adjunta do Complexo Regulador  
Superintendência de Regulação da Saúde  
Coordenadoria de Tratamento Fora de Domicílio

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                         |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------|
| <b>HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                         |            |
| <b>EXAME FÍSICO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                         |            |
| <b>DIAGNÓSTICO PROVÁVEL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>PROCEDIMENTO AIH</b> | <b>CID</b> |
| <b>EXAMES (S) COMPLEMENTAR (ES) REALIZADO (S), ANEXAR CÓPIA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                         |            |
| <b>TRATAMENTO (S) REALIZADO (S)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                         |            |
| <b>TRATAMENTO/EXAME INDICADO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                         |            |
| <b>ORIENTAÇÕES:</b><br><br>Senhor Médico, para agilizarmos o atendimento do seu paciente solicitamos a colaboração no preenchimento de todos os campos com letra legível.<br><br><ol style="list-style-type: none"><li>1. Não esquecer do CID 10° R e o código do procedimento de AIH;</li><li>2. É importante a H.D.A Anamnese e exames já realizados</li><li>3. Data, assinatura e carimbo são importantes neste documento.</li></ol> <p style="text-align: right;"><b>Obrigado!</b></p> |                         |            |
| <b>JUSTIFICAR AS RAZÕES QUE IMPOSSIBILITARAM A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO NA LOCALIDADE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                         |            |



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>JUSTIFICAR A NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE</b>                                       |                                                                                 |
| <b>TRANSPORTE RECOMENDÁVEL: ( ) ÔNIBUS      ( ) AVIÃO</b><br><b>JUSTIFICAR:</b>       |                                                                                 |
| <b>UNIDADE PROVAVEL/RECOMENDADA DE TRATAMENTO</b>                                     |                                                                                 |
| <hr/> <b>LOCAL E DATA</b>                                                             | <b>Fone de Contato: _____</b><br><br><hr/> <b>MEDICO – ASSINATURA E CARIMBO</b> |
| <b>PARECER DA DIVISÃO/SERVIÇO LOCAL DE MEDICINA SOCIAL/SERVIÇO DE MEDICINA SOCIAL</b> |                                                                                 |
| <hr/> <b>LOCAL E DATA</b>                                                             | <hr/> <b>ASSINATURA – CARIMBO – MATRÍCULA</b>                                   |



## Paciente \_\_\_\_\_

Doador \_\_\_\_\_

Especialidade \_\_\_\_\_ Diagnóstico \_\_\_\_\_

Tratamento Indicado \_\_\_\_\_

Liberado\_\_\_\_\_ ( ) SIM

Tipo de Transporte ( ) TERRESTRE ( ) AEREO

Acompanhante\_\_\_\_\_ ( ) SIM

## **PROVIDÊNCIA**

[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

## ORIENTAÇÃO DO PEDIDO DE AJUDA DE CUSTO

- a) A finalidade da ajuda de custo (diárias) é de custear despesas com **alimentação e hospedagem** do paciente e do acompanhante durante a permanência de tratamento de saúde fora do Estado de Mato Grosso.
- b) Trata-se de um benefício **não automático** dependendo de requerimento expresso e escrito do paciente ou seu responsável/legal (**que o acompanha em tratamento**)
- c) 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.
- d) Forma de pagamento: conta corrente (De qualquer Instituição bancária). Formalizar o pedido de ajuda de custo em requerimento e anexar cópia dos dados bancários, RG e CPF do paciente e acompanhante.
- e) Caso haja necessidade de permanecer em tratamento fora do Estado de Mato Grosso, torna-se indispensável enviar **ao TFD, Declaração Médica**, devidamente assinada e com carimbo do médico, junto com a solicitação de Complementação de Ajuda de Custo preenchida pelo paciente ou responsável legal.
- f) É de inteira responsabilidade do requerente a regularização 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



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 INICIAL

Paciente: \_\_\_\_\_

Portador do RG nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_,

Residente na: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_.

### Venho requerer :

- ☐ Ajuda de custo inicial para a consulta do dia: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_,
- ☐ paciente e acompanhante originário da Coordenadoria de Transplante
- ☐ Paciente e acompanhante de outras patologias

Hospital: \_\_\_\_\_, Cidade: \_\_\_\_\_

Banco: \_\_\_\_\_ Nº Agência: \_\_\_\_\_ Nº Conta Bancária: \_\_\_\_\_

Fones para contato: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Assinatura Paciente: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura 1º acompanhante: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura 2º acompanhante: \_\_\_\_\_

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 app da Conta Bancária ativa e/ou extrato de qualquer Instituição Bancária .



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 MÉDICA E COMPLEMENTAÇÃO DE AJUDA DE CUSTO

Ao  
TFD/SES/MT

Declaro para que produza os devidos efeitos legais que o (a) paciente \_\_\_\_\_  
realiza tratamento na Instituição \_\_\_\_\_, permanecerá em tratamento no período de  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Data de liberação médica: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  
Data da próxima consulta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Por ser verdade, firmo a presente Declaração.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Carimbo e assinatura do médico: \_\_\_\_\_

## PARA USO EXCLUSIVO DO PACIENTE E/OU SEU ACOMPANHANTE ( preenchimento obrigatorio)

### COMPLEMENTAÇÃO DE AJUDA DE CUSTO (Alimentação/Pernoite)

Paciente: \_\_\_\_\_

Acompanhante 1 \_\_\_\_\_

Acompanhante 2 \_\_\_\_\_

Portador do RG nº \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, venho requerer **complementação** de ajuda de custo, conforme declaração acima.

Nº conta corrente: \_\_\_\_\_ Nº Agência: \_\_\_\_\_ Banco: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Telefones para contato: \_\_\_\_\_



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

**PROTOCOLO DE PROCESSO NOVO TFD**

NOME COMPLETO DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

NOME COMPLETO DO ACOMPANHANTE: \_\_\_\_\_

TELEFONE: \_\_\_\_\_

EMAIL: \_\_\_\_\_

**DOCUMENTOS RECEBIDOS:**

- ( ) LAUDO MÉDICO DE TFD CARIMBADO E ASSINADO PELO MÉDICO ASSISTENTE DO USUÁRIO OU ESPECIALISTA (SE HOVER);
- ( ) CÓPIA DOS DOCUMENTOS PESSOAIS (CERTIDÃO DE NASCIMENTO, RG E CPF OU CNH) DO USUÁRIO, ACOMPANHANTE E/OU DOADOR;
- ( ) CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE – CNS DO PACIENTE, ACOMPANHANTE E/OU DOADOR;
- ( ) EXAMES QUE COMPROVEM O DIAGNÓSTICO OU NECESSIDADE DE INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA;
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA ATUALIZADO

**MUNICÍPIO** \_\_\_\_\_/MT \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

DOCUMENTOS RECEBIDOS POR: \_\_\_\_\_

(NOME POR EXTENSO E CARIMBO)

OBS: VIA ORIGINAL DEVE SER ENTREGUE AO 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

**PROTOCOLO DA AJUDA DE CUSTO INICIAL (primeira viagem)**

NOME COMPLETO DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

NOME COMPLETO DO ACOMPANHANTE: \_\_\_\_\_

TELEFONE: \_\_\_\_\_

EMAIL: \_\_\_\_\_

**DOCUMENTOS RECEBIDOS:**

- (    ) REQUERIMENTO DE AJUDA DE CUSTO
- (    ) DADOS BANCÁRIOS/CONTA CORRENTE.
- (    ) CÓPIA LEGÍVEL DO RG/CPF DO PACIENTE E ACOMPANHANTE

**MUNICÍPIO**                      /MT \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DOCUMENTOS RECEBIDOS POR:** \_\_\_\_\_

(NOME POR EXTENSO E CARIMBO)

OBS: VIA ORIGINAL DEVE SER ENTREGUE AO 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

**PROTOCOLO DA AJUDA DE CUSTO antecipada**

NOME COMPLETO DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

NOME COMPLETO DO ACOMPANHANTE: \_\_\_\_\_

TELEFONE: \_\_\_\_\_

EMAIL: \_\_\_\_\_

**OBS: a ajuda de custo deve ser solicitada no prazo maximo de 20 dias uteis, anterior a data da consulta**

**DOCUMENTOS RECEBIDOS:**

( ) REQUERIMENTO DE AJUDA DE CUSTO

( ) DECLARAÇÃO MÉDICA

( ) DADOS BANCÁRIOS/CONTA CORRENTE – EM CASO DE TROCA DE CONTA BANCARIA

( ) OUTROS/ESPECIFICAR (Se houver):

---

---

---

---

---

---

**MUNICÍPIO**

/MT \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DOCUMENTOS RECEBIDOS POR:** \_\_\_\_\_

**(NOME POR EXTENSO E CARIMBO)**

**OBS: VIA ORIGINAL DEVE SER ENTREGUE AO 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

**PROTOCOLO DA AJUDA DE CUSTO complementar**

NOME COMPLETO DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

NOME COMPLETO DO ACOMPANHANTE: \_\_\_\_\_

TELEFONE: \_\_\_\_\_

EMAIL: \_\_\_\_\_

**DOCUMENTOS RECEBIDOS:**

( ) DECLARAÇÃO MÉDICA

( ) DADOS BANCÁRIOS/CONTA CORRENTE – EM CASO DE TROCA DE CONTA BANCARIA

( ) OUTROS/ESPECIFICAR (Se houver):

---

---

---

---

---

---

**MUNICÍPIO**

/MT \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DOCUMENTOS RECEBIDOS POR:** \_\_\_\_\_

**(NOME POR EXTENSO E CARIMBO)**

OBS: VIA ORIGINAL DEVE SER ENTREGUE AO 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

**PROTOCOLO DE AGENDAMENTO DE RETORNO**

NOME COMPLETO DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

NOME COMPLETO DO ACOMPANHANTE: \_\_\_\_\_

TELEFONE: \_\_\_\_\_

EMAIL: \_\_\_\_\_

**DOCUMENTOS OBRIGATORIOS:**

( ) DECLARAÇÃO MEDICA DA UNIDADE SAÚDE DE ATENDIMENTO

( ) CÓPIA LEGÍVEL DO RG/CPF DO PACIENTE E ACOMPANHANTE

( ) COMPROVANTE EXPEDIDO PELO HOSPITAL CONSTANDO A DATA DA CONSULTA(Se houver)

( ) OUTROS/ESPECIFICAR

---

---

---

---

---

---

---

---

**MUNICÍPIO** \_\_\_\_\_ /MT \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

DOCUMENTOS RECEBIDOS POR: \_\_\_\_\_

(NOME POR EXTENSO E CARIMBO)

OBS: VIA ORIGINAL DEVE SER ENTREGUE AO PACIENTE