

## DELIBERAÇÃO Nº 034/99

A Comissão Intergestores Bipartite do Paraná, reunida em 11/05/99 no município de Curitiba, **considerando** a necessidade de:

- Disciplinar os encaminhamentos para Tratamento Fora do Domicílio, em todo o Estado, adaptando a norma vigente à realidade atual.
- Normatizar os encaminhamentos, adequando-os à atual capacidade instalada.
- Otimizar a utilização dos recursos disponíveis evitando encaminhamentos desnecessários

**APROVA** a presente Normatização para encaminhamento de pacientes para Tratamento Fora do Domicílio – TFD

### **Tratamento Fora do Domicílio – TFD**

**1. CONCEITO:** O Tratamento Fora do Domicílio é o meio que permite aos usuários do SUS o acesso a atendimentos de que necessitam, não disponíveis em seu município de origem e desde que esgotadas todas as possibilidades locais de tratamento.

O TFD só será autorizado quando houver garantia de atendimento no município de referência, com horário e data definidos previamente.

A referência de pacientes a serem atendidos pelo TFD deve ser explicitada na PPI de cada município.

**2. OPERACIONALIZAÇÃO:** Caracterizada a necessidade do tratamento em local definido pelo gestor, através da Programação Pactuada Integrada, devem ser adotadas as seguintes medidas

#### **2.1 Atribuições do Médico Assistente**

a) Preencher o Formulário Solicitação/Autorização Tratamento Fora do Domicílio (Anexo I) em duas vias, nos seguintes campos:

- Identificação do paciente
- Laudo médico completo com informações precisas que permitam à Chefia da Unidade, identificar a necessidade do encaminhamento do paciente.

b) Anexar exames complementares já realizados (cópias dos laudos).

c) Encaminhar o paciente e/ou responsável à Chefia da Unidades.

#### **2.2 Atribuições da Chefia do Posto/Centro de Saúde**

a) Analisar a solicitação

b) Verificar se não existem no município serviços que permitam o atendimento do paciente.

c) Preencher o formulário destinado à informação constante do item b (Anexo II).

d) Autorizar ou não o encaminhamento do paciente.

e) Providenciar, se autorizado, o agendamento da consulta ou do SADT a ser realizado.

- f) Notificar o interessado, entregando ao mesmo as duas vias da solicitação de TFD, com indicação do local, hora e consulta/tratamento a ser realizado.
- g) Providenciar, se for o caso, o transporte do paciente na data da consulta/exame/serviço.

### **2.3 Atribuições do Setor de Transporte**

- a) Remover o paciente/acompanhante na data determinada, ao local de atendimento agendado.

**Obs.:** Quando o agendamento de atendimento for realizado em outro município do Estado, a responsabilidade pelo transporte é do município de origem do paciente, quando este não tiver condições para fazê-lo

### **3. ATENDIMENTOS A SEREM REALIZADOS FORA DO ESTADO:** Quando o paciente necessitar do atendimento fora do Estado, deverão ser tomadas as seguintes medidas

- 3.1 O Médico Assistente solicita no Formulário Solicitação/Autorização Tratamento Fora do Domicílio (Anexo I) o atendimento, justificando o motivo do encaminhamento para fora do Estado, bem como se houver serviços no Estado, o porque da necessidade de atendimento em outro centro. Anexa exames complementares já realizados (cópias dos laudos).

- 3.2 Esta referência é encaminhada à Regional de Saúde a que o município pertence.

### **3.3 Atribuições da Regional de Saúde**

- a) A Regional de Saúde analisa a solicitação ratificando ou não a necessidade de encaminhamento para fora do Estado. Preenche o Anexo II.
- b) Agenda o atendimento no centro indicado, fornecendo ao paciente/responsável as informações sobre local, data e hora da consulta/atendimento.
- c) Encaminha o paciente/responsável para o Serviço Social, para entrevista, com vistas a levantar a situação sócio-econômica do mesmo, bem como para que seja avaliada a necessidade de acompanhante.
- d) Se após esta análise ficar comprovada a impossibilidade do paciente custear a sua despesa com transporte e permanência local, em data próxima à consulta, fornece passagem terrestre e diárias para o mesmo e seu acompanhante se for o caso.
- e) Quando não for possível o transporte rodoviário, dadas as condições físicas do paciente, esta necessidade deverá ser justificada pela Regional de Saúde, bem como analisado a necessidade de acompanhante. Esta solicitação deverá constituir um processo que após juntada todas as informações e formulários já citados é encaminhado à DSS com 30 dias de antecedência da data marcada para o atendimento. Indicar na solicitação a data e o horário do voo.
- f) A DSS analisará e encaminhará para o fornecimento ou não das passagens e diárias.
- g) Mensalmente a Regional de Saúde deve encaminhar à DSS/DPA, relatório de todos os encaminhamentos realizados para fora do Estado, conforme modelo constante do Anexo III.


#### **4. DISPOSIÇÕES GERAIS**

- 4.1** Entende-se por transporte a concessão de passagens através de meios de transporte coletivo indicados para o caso ou, excepcionalmente, através de ambulância do SUS/PR, quando devidamente comprovada a necessidade.
- 4.2** O transporte de ida e volta do paciente será sempre fornecido em natureza, não sendo admissível o seu fornecimento em espécie
- 4.3** As diárias devidas ao cliente por sua vez serão sempre fornecidas em espécie.
- 4.4** O número máximo de diárias a serem pagas é de 05 (cinco). Caso o paciente necessite de tempo maior de afastamento de sua localidade de origem poderá solicitar a complementação mediante comprovação.
- 4.5** A comprovação destas despesas deverá seguir as rotinas já estabelecidas e em uso corrente.
- 4.6** Nas internações ou hospedagens às expensas do SUS, não cabe o pagamento de diárias.
- 4.7** A SESA não se responsabilizará por despesas adicionais ou permanência indevida do paciente (e acompanhante) no local para onde for encaminhado.

Esta deliberação entra em vigor a partir da competência maio/99

*Arnaldo Agenor Bertone*  
**Coordenador Estadual**

## Anexo I

		<b>ESTADO DO PARANÁ</b> <b>Secretaria de Estado da Saúde</b> <b>Instituto de Saúde do Paraná</b>	
<b>SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO</b>			
Nome do Paciente		Documento de Identidade	
Residência			
Profissão		Data de Nascimento	
Nome do Acompanhante		Documento de Identidade	
Residência		Relação com o Paciente	

<b>LAUDO MÉDICO</b>	
1 – Histórico da Doença Atual	
2 – Exame Físico	
- Diagnóstico Provável	CID
- Exame (s) Complementar(es) Realizado(s). Anexar Cópia(s)	
- Tratamento(s) Realizado(s):	
- Tratamento/Exame Indicado:	
- Duração Provável do Tratamento	

## Anexo II

### **Chefia do Posto/Centro de Saúde/Centro Regional de Especialidades:**

Não autorizo o tratamento do paciente através do TFD

Autorizo o tratamento do paciente através do TFD.

Serviço a ser encaminhado:

\_\_\_\_\_

— Especialidade \_\_\_\_\_

Procedimento a ser realizado \_\_\_\_\_

Agendar a consulta/exame/serviço a ser realizado.

### **Justificativa**

Não dispomos no município da especialidade/SADT

Apesar de constar da estrutura de saúde deste nível a especialidade/serviço, não é possível realizar o atendimento no local, porque: \_\_\_\_\_

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

Encaminhe-se ao Setor de TFD para agendamento.

**Anexo III**

**RELATÓRIO DE ENCAMINHAMENTO PARA TRATAMENTO FORA DO ESTADO**

Nome do paciente	Data	Destino	Especialidade	DESPESA				Acompanhante	
				Valor da passagem	Nº de diárias	Valor das Diárias	Despesa Total	S	N