



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE RONDÔNIA
COORDENADORIA DE TRATAMENTO FORA DE DOMICILIO
ORIENTAÇÕES

- a) Protocolar laudo de TFD presencial com 30 dias de antecedência do agendamento ou aguardando agendamento;
- b) Não serão aceito Laudos Médicos sem preenchimento de todos os campos tanto na 1ª vez e Retorno;
- c) Os exames Laboratoriais e de Imagem tem validade de 60 (sessenta) dias;
- d) Após a emissão de passagem aérea não realizamos a troca de acompanhante (**PASSAGENS INTRANSFERÍVEIS**);
- e) A Remarcação ou cancelamento sem justificativa médica (condição clínica do paciente) é de responsabilidade do paciente (multa e diferença tarifária);
- f) A passagem sempre será emitida a do menor valor de dia, não sendo possível a escolha de companhia aérea e nem horário da viagem;
- g) A apresentação de RG para marcação e embarque de passagem é obrigatório a partir de 12 anos;
- h) A passagem aérea será fornecida após análise da Perícia Médica do TFD;
- i) A responsabilidade pelo pagamento de despesas intermunicipal e de responsabilidade dos municípios;
- j) Obrigatório a presença do paciente ou responsável comparecer ao Serviço Social do TFD para receber as orientações e Passagens aérea;
- k) Será pago antecipadamente cinco dias de ajuda de custo;
- l) Só será dado andamento na complementação de ajuda de custo após o paciente ou responsável encaminhar relatório de contra referência contando o período que o paciente vai permanecer;
- m) Só será marcada passagem de retorno após receber relatório de contra referência que deverá constar a data de retorno;
- n) Caso o retorno do paciente acontecer dentro do período 30 dias corrido o paciente deverá permanecer no local;
- o) Comparecer no CTFD até 05 dias após o retorno o paciente ou responsável deverá comparecer a CTFD para prestação de conta, a não prestação de conta impede a aprovação de novo Laudo Médico;
- p) Laudo Médico de paciente de transplante deverá ser encaminhado para central de transplante para realizar o agendamento ou confirmar o agendamento;
- q) Laudo Médico de paciente fissurados deverá passar pelo Núcleo de Fissurados (NUFIS) para realizar o cadastro e verificar se o tratamento não executa no Estado;
- r) A Perícia Médica tem autonomia de solicitar o comparecimento presencial;
- s) A Perícia Médica pode questionar qualquer campo do laudo Médico;
- t) Não será permitido em nenhuma hipótese acompanhante maior de 60 anos;

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA LAUDOS CARDIOLÓGICOS

- () Medicações de uso contínuo
- () EuroSCORE e ST
- () DECLARAÇÃO DE BAGAGEM

EXAMES COMPLEMENTARES:

- () Eletrocardiograma
- () Ecocardiograma (realizado no máximo nos últimos 60 dias)
- () Laudo cateterismo (**para pacientes acima de 40 anos**) + **CD**
- () Raio X de tórax + laudo
- () Exame de carótidas (**para pacientes a partir de 50 anos**)
- () USG doppler arterial de MMII (**acima de 50 anos**)
- () USG doppler venoso para cirurgias de REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCARDIO
- () USG de abdômen total (**se etilismo**)
- () Tomografia de tórax(**se tabagista por mais de 10 anos**)

EXAMES LABORATORIAIS:

- () Hemograma completo
- () Glicemia
- () Coagulograma
- () Sódio
- () Potássio
- () Ureia
- () Creatinina
- () Tipagem sanguínea: Sistema ABO e Fator Rh
- () EAS

PARA A VIAGEM:

- () RT-PCR para COVID-19 com data até 72h da viagem (solicitar na Gal e escrever data da viagem e que a finalidade é TFD) + teste de covid para acompanhante (entregar pedido para realizar em UPA/Ana Adelaide)
- () Atestado médico de que não possui doenças infectocontagiosas
- () CD cateterismo



DECLARAÇÃO DE TROCA DE ACOMPANHANTE

Eu, _____ portador do RG
_____ órgão expedidor: _____

Residente e domiciliado, _____.

Declaro que o acompanhante constante no laudo médico, o(a) senhor (a)
_____ não poderá ser meu
acompanhante por motivo _____ e indico o (a) senhor (a)

_____ portador do
RG: _____, órgão expedidor: _____

Inscrito no CPF: _____ residente e domiciliado no mesmo endereço acima
citado.

Declaro sob as penalidades da Lei que as informações aqui prestadas são verdadeiras, e de minha inteira
responsabilidade, sabendo que constitui crime de falsidade ideológica a omissão de declaração em
documento público ou a inserção de declaração falsa da que devia constar, com o fim de alterar a verdade
sobre o fato, juridicamente relevante (artigo 299 do Código Civil Brasileiro)

Porto velho, _____/_____/_____

Ass. _____



DECLARAÇÃO DE SOLICITAÇÃO DE BAGAGEM
(Resolução Nº 400/2016/ANAC) **VERIFICAR RESOLUÇÃO**

Considerando a necessidade de levar objetos pessoais, roupas, produtos de higiene pessoal o qual serão usados enquanto perdurar o meu tratamento fora do estado de Rondônia via TFD, solicito a liberação da requisição da passagem com a inclusão da bagagem de até 23kg para o paciente e bagagem de mão (10Kg) para o acompanhante, conforme a resolução acima citada pela ANAC. Declaro estar ciente das responsabilidades legais ao assinar este termo.

_____, _____ de _____ de _____

Nome e assinatura do paciente

Nome e assinatura do acompanhante (colocar grau de parentesco de paciente entre parênteses)

De acordo:



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA DE TERCEIRO

Eu, _____
_____, CPF nº _____ RG nº _____ Órgão Exped.
_____, residente à _____,
Cidade _____ UF _____ CEP: _____ - _____,

Declaro, a pedido do (a) interessado (a) e para fins de provas junto ao serviço de TFD de Rondônia, que o (a) Sr. (a) _____ reside comigo. Por ser expressão da verdade, dato e assino o presente documento, declarando estar ciente de que responderei civil e criminalmente em caso de falsidade das informações aqui prestadas.

_____ RO. _____/_____/_____.

Local (Município)

Assinatura do Declarante

Observações:

- 1) Anexar Comprovante de Residência em nome do Declarante.
- 2) Observação em todos os casos que o comprovante não constar o nome do paciente e ou acompanhante deverão ser preenchidos as duas declarações.



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, _____ CPF nº _____

RG nº _____ Órgão Exped. _____, declaro perante o serviço de TFD de
Rondônia, que o resido à _____,

Cidade _____ UF _____ CEP: _____ - _____.

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

_____/RO
Local (Município)

Data: ____/____/____

Assinatura do Declarante



GOVERNO DE ESTADO DE RONDÔNIA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SESAU
Coordenadoria de Tratamento Fora de Domicílio - CTFD
PROGRAMA DE TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO DE RONDÔNIA RELATÓRIO DE ALTA

NOME DO HOSPITAL: _____
CIDADE: _____ ESTADO: _____ Nº PRONTUÁRIO _____
NOME DO PACIENTE: _____
POSSUI ACOMPANHANTE: SIM () NÃO () NOME DO ACOMP: _____

DIAGNÓSTICO / MOTIVO DO TFD: _____

OUTROS DIAGNÓSTICOS: _____

PROCEDIMENTO OU EXAMES REALIZADOS: _____

TRATAMENTO REALIZADO: _____

CONDIÇÃO ATUAL DO PACIENTE: _____

AValiação POR OUTRAS ESPECIALIDADES? QUAIS? MOTIVO(S)? _____

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

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

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

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

ASSINATURA DO MÉDICO/CARIMBO: _____

DATA DA ALTA: ___/___/___ DATA DE PREENCHIMENTO DESTE RELATÓRIO: ___/___/___

TELEFONE/ E-MAIL PARA CONTATO COM PACIENTE: _____

Pegar passagem da próxima consulta dia ___/___/___ Ciente: _____



GOVERNO DE ESTADO DE RONDÔNIA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SESAU
Coordenadoria de Tratamento Fora de Domicílio - CTFD
DECLARAÇÃO DE PERMANÊNCIA

Declaro para os devidos fins, que a paciente _____

_____ necessita de complementação para ajuda de custo para tratamento fora de domicílio conforme P SAS/Nº 55º Portaria de 24 de Fevereiro de 1999

Nome do acompanhante: _____

Nome da Instituição: _____

Telefone da instituição: _____

Ambulatório: () Sim, Qual período? _____ () Não

Data da última consulta: _____

Data da próxima consulta: _____

Internação: () Sim, Qual período? _____ () Não

Obs.: Paciente encontra-se em acompanhamento médico, necessitando de avaliações periódicas

Data e local _____

Carimbo e assinatura médica