



**GOVERNO DE RONDÔNIA  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE RONDÔNIA – SESAU  
COORDENADORIA DE TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO - CTFD**

**MANUAL ESTADUAL DE NORMAS E ROTINAS DO TRATAMENTO FORA DE  
DOMICÍLIO – TFD**

**PORTO VELHO – RO  
2024**



**GOVERNADOR DO ESTADO DE RONDÔNIA**

Marcos José Rocha Dos Santos

**SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE**

Jefferson Ribeiro Da Rocha

**SECRETÁRIO ADJUNTO DE ESTADO DA SAÚDE**

Élcio Barony De Oliveira

**SECRETÁRIA EXECUTIVA DE ESTADO DA SAÚDE**

Michelle Dahiane Dutra

**SUBDIRETORA TÉCNICA EM SAÚDE**

Mariana Aguiar Prado

**COORDENADORA DE TRATAMENTO DE FORA DE DOMICÍLIO**

Sandra Maria Cardoso Petillo

**SUB-COORDENADORA DE TRATAMENTO DE FORA DE  
DOMICÍLIO**

Fernanda Medeiros de Souza

**ELABORAÇÃO**

Fernanda Medeiros de Souza

Sub-Coordenadora – Coordenadoria de Tratamento Fora do Domicílio

Mariana Aguiar Prado

Enfermeira – Subdiretoria Técnica em Saúde

Sandra Maria Petillo Cardoso

Enfermeira/Coordenadora – Coordenadoria de Tratamento Fora do Domicílio

**REVISÃO**

Marta Maria Oliveira Duarte

Enfermeira/Coordenadora – Coordenadoria do Sistema de Apoio à Descentralização

Rosa Maria Ferreira de Almeida

Enfermeira/Coordenadora – Assessoria Técnica

Tathiane Souza de Oliveira

Enfermeira – Assessoria Técnica

**COLABORAÇÃO**

Ivonete César Santos

Chefe de Serviço I – Técnica em Enfermagem

Marfa Anunciata Tolentino

Assessor II - Técnico Administrativo Operacional da Saúde

Patricia Souza de Oliveira

Técnica em Enfermagem

Rosa Luxemburgo Albuquerque Gomes

Técnico Administrativo Operacional da Saúde



## LISTA DE ABREVIATURAS

**CTFD - Coordenadoria de Tratamento Fora de Domicílio**  
**TFD – Tratamento Fora de Domicílio**  
**GRS – Gerência Regional de Saúde**  
**SESAU- Secretaria Estadual da Saúde**  
**NMJ – Núcleo de mandato Judicial)**  
**RANI - Registro Administrativo de Nascimento de Indígena**  
**ANAC – Agência Nacional de Aviação Civil**  
**SUS – Sistema Único de Saúde**  
**CERAC - Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade**  
**GERREG- Gerência Estadual de Regulação**  
**CNRAC - Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade**  
**SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e**  
**OPM do SUS NOFTAL - Núcleo de Oftalmologia Estadual**  
**NUFIS – Núcleo de Fissurados de Rondônia**  
**GCET – Central Estadual de Transplante**  
**MEDIF - Formulário de Informações Médicas ( Medical Information Form )**  
**SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais**  
**CFES - Coordenadoria do Fundo Estadual de Saúde**  
**UTI - Unidade de Terapia Intensiva.**  
**BPA-I - Boletim de Produção Ambulatorial Individual**  
**FPO - Ficha de Programação Orçamentária)**  
**SCNES – Sistema de Cadastro de Estabelecimentos de saúde**  
**CIB – Comissão Intergestores Bipartite**  
**CNES- Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde**

## Sumário

1. APRESENTAÇÃO.....	6
2. SOLICITAÇÃO DO TFD INTERESTADUAL.....	6
2.1 Paciente Ambulatorial.....	7
2.2 Paciente Hospitalizado.....	8
2.3 Do paciente Judicializado.....	8
3. DA SOLICITAÇÃO DO TFD INTRAESTADUAL.....	8
4. DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA.....	9
4.1. Atendimentos de 1ª vez - TFD interestadual:.....	9
4.2. Atendimentos retorno/continuidade do tratamento via TFD interestadual:.....	10
4.3. Atendimento ao Paciente Judicializado:.....	10
4.4. Atendimento ao paciente que a unidade realiza a compra de procedimento pelas ..	11
5. AUTORIZAÇÃO DO TFD INTERESTADUAL.....	11
6. AUTORIZAÇÃO DO ACOMPANHANTE.....	12
7. DO DOADOR DE ÓRGÃOS:.....	13
8. DA CONTINUIDADE DO TRATAMENTO.....	14
9. DO DESLIGAMENTO.....	15
10. VETO DO TFD INTERESTADUAL:.....	16
11. DO FUNCIONAMENTO DA CTFD E FLUXO DO PROCESSO.....	17
12. DOS MEIOS DE TRANSPORTES OFERECIDOS PARA TFD.....	19
12.1. Transporte Terrestre.....	20
12.2. Transporte Aéreo.....	20
12.3. Do direito às bagagens em transporte aéreo.....	21
13. DAS DESPESAS.....	22
13.1 Despesas Intraestaduais.....	22
13.2 Despesas Interestaduais.....	23
14. DIREITO À AJUDA DE CUSTO.....	23
15. ÓBITO/TRANSLADO.....	25
16. DAS COMPETÊNCIAS.....	25
16.1 Do Gestor Estadual.....	25
16.2 Do Gestor Municipal.....	30
17. RESPONSABILIDADE CIVIL.....	30
18. DOS CASOS OMISSOS.....	31
19. CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE – CERAC .....	31
20. NUFIS.....	33
21. DISPOSIÇÕES FINAIS.....	33
22. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	35

## **1. APRESENTAÇÃO**

O Tratamento Fora de Domicílio (TFD), instituído pela Portaria nº 55, de 24 de fevereiro de 1999 do Ministério da Saúde (contida no Capítulo II, da Portaria de Consolidação SAES/MS Nº 001 DE 22/02/2022), visa garantir, exclusivamente aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), o deslocamento para fora do Estado que ocorrerá desde que esgotados todos os meios de tratamento de saúde na rede pública e privada do estado de Rondônia e tenham a possibilidade de cura total ou parcial para a enfermidade diagnosticada, em período de tempo estritamente necessário ao tratamento efetivado pelo uso de recursos orçamentários existentes.

Sobretudo o TFD não se aplica a pacientes em terminalidade de vida e em condições a qual careçam de intervenções de emergência.

O TFD será oferecido aos residentes/domiciliados no estado de Rondônia e o encaminhamento será para atendimento somente em unidades de saúde que atendam SUS ou conveniadas/contratadas.

## **2. SOLICITAÇÃO DO TFD INTERESTADUAL**

A solicitação de TFD Interestadual (residentes nos municípios do estado de Rondônia para municípios de outros Estados), nos casos em que a oferta do serviço for insuficiente ou inexistente no Estado, poderá ser solicitado atendimento fora do Estado, devendo ser providenciada abertura de solicitação pela unidade solicitante gerando abertura de processo para TFD Interestadual que deverá obedecer às seguintes etapas:

- Pedido de TFD - Preenchimento de laudo pelo médico assistente do paciente nas unidades de referência vinculadas ao SUS, e apresentação de documentação descritos no item “4”;
- A equipe do TFD Estadual fará a conferência dos documentos e avaliará a solicitação. Caso esteja em conformidade com os critérios de autorização, será liberado/autorizado, momento em que ocorrerá abertura do processo.

## **2.1 Paciente Ambulatorial**

A solicitação de TFD interestadual deverá ser realizada pelo médico assistente do paciente, quando verificado a ausência do tratamento no Estado (tanto na rede pública quanto na rede privada). Sendo obrigatório o preenchimento completo (todos os campos) do laudo médico de solicitação do TFD (laudo/Formulário, anexo I), sendo: 3 (três) vias, datado, carimbado e assinado pelo médico solicitante.

Junto com o laudo médico, deverão ser anexadas as cópias dos exames atualizados e laudos dos (exames clínicos, laboratoriais e de imagens, realizados no máximo em até três meses), comprovando a situação clínica descrita e justificativa do esgotamento das possibilidades de resolutividade no âmbito da atenção básica ou de média e alta complexidade no município/estado e também cópias dos documentos pessoais do paciente e do acompanhante (se houver indicação).

No laudo de TFD de 1ª (primeira) vez, deverá ser solicitado pelo médico especialista que não poderá direcionar o paciente para uma determinada unidade, salvo os casos que forem agendados pelo solicitante na rede SUS ou conveniada.

A solicitação deverá ser protocolado pelo paciente ou seu responsável na Secretaria Municipal de Saúde, e está o encaminhará à regional de saúde correspondente ao domicílio/residência do paciente de forma física. A GRS encaminha os laudos de forma física e digitalizada para a Coordenadoria de tratamento fora de domicílio, junto com a documentação exigida. Os laudos de paciente morador da capital do Estado deverão ser protocolado na CTFD (Coordenadoria de Tratamento Fora de Domicilio) que esta situado no prédio da SESAU, primeiro andar.

O laudo médico de 1ª vez ou retorno deverá ser protocolado na CTFD com um prazo mínimo de 30 (trinta) dias antes do agendamento (caso já o tenha), para tramitação administrativa interna e análise do referido laudo.

Caberá aos Médicos das unidades solicitantes a obrigatoriedade de preenchimento de todos os campos do laudo de TFD, de forma legível

Nos casos de laudos com pendências da perícia médica e/ou pelo administrativo, o prazo contará a partir da resolução da pendência, sendo de responsabilidade do paciente ou seu responsável a verificação da sua situação junto a CTFD.

Em caso de deferimento do pedido de primeira vez, pela perícia médica do TFD, com agendamento, o processo de solicitação será encaminhado para andamento no fluxo.

Já os laudos deferidos pela perícia médica sem agendamento, serão encaminhados para o serviço social e em seguida (digitalizado) para o CERAC (Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade), que farão busca pelas vagas visando à oferta de serviço requerido. As despesas para o deslocamento de TFD interestadual serão de responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde (SESAU/RO), observando-se o teto financeiro definido para este fim.

Caso haja a necessidade do deslocamento de um município para outro decorrente a falta de Voo ou ônibus para outro estado essa despesa deverá ser de responsabilidade do Município solicitante, observando-se o teto financeiro definido para este fim.

Será de responsabilidade dos pacientes ou das instituições solicitantes o acompanhamento do status da solicitação do TFD do paciente, bem como as eventuais correções requeridas pelo Programa de TFD-RO para a formalização do Processo Administrativo.

## **2.2 Paciente Hospitalizado**

O Paciente que se encontra hospitalizado, nas unidades de saúde estaduais que precisa realizar um procedimento que não estão sendo realizado dentro do Estado, e o mesmo foi efetuado a compra, a unidade comunicará o TFD para agilizar os trâmites do mesmo.

## **2.3 Do paciente Judicializado**

O trâmite seguirá o mesmo do paciente hospitalizado, o NMJ (Núcleo de Mandato Judicial) comunica o TFD encaminhando a documentação necessária para que seja dado andamento nas passagens e ajuda de custo.

## **3. DA SOLICITAÇÃO DO TFD INTRAESTADUAL**

A solicitação de TFD Intraestadual (entre os municípios do estado de Rondônia) é de governança pública municipal, cabendo ao gestor local definir fluxos

e demais meios de garantir a viabilidade do serviço.

#### **4. DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA**

##### **4.1. Atendimentos de 1ª vez - TFD interestadual:**

Para formalização da solicitação de TFD, o paciente ou seu representante legal deverá apresentar os seguintes documentos:

- a) 3 vias do laudo TFD digitado, assinado e carimbado pelo médico, atentar para preenchimento do código do procedimento (campo obrigatório). Não será aceito laudo preenchido de forma híbrida;
- b) Cópias legíveis dos laudos de exames e de diagnóstico por imagem;
- c) 1 cópia de exames que comprovem a patologia;
- d) 3 cópias de cadastros do TFD;
- e) 3 cópias do RG, CPF e cartão do SUS (paciente e acompanhante). Para crianças a partir de 10 (dez) anos é obrigatório documento com foto, tipo RG, passaporte, de acordo com normas da ANAC;
- f) 1 cópia do comprovante de residência atualizado em nome do paciente ou acompanhante (quando for o caso). Nos casos do comprovante não estar em nome do paciente ou acompanhante, deverá ser também, apresentada a declaração de residência conforme anexo II;
- g) 1 cópia dos dados bancários (cartão do banco ou cabeçalho do extrato bancário) e a mesma deve ser do paciente ou acompanhante;
- h) 1 cópia do exame de tipagem sanguínea e fator RH (somente para as especialidades de ortopedia, neurologia e cardiologia);
- i) Termo de responsabilidade do acompanhante;
- j) Para oncologia é obrigatória a apresentação de biópsia;
- k) Declaração do paciente (no caso de adulto) autorizando o acompanhante resolver questões relacionadas ao seu TFD;
- l) Os pacientes que forem de origem estrangeira, que fixaram residência no estado de Rondônia, deverão apresentar documentos legalizados, como RG ou Passaporte; CPF – Cadastro de Pessoa Física, inclusive para menores e recém-nascidos e CNS - Cartão Nacional de Saúde;

m) Nos casos de pacientes indígenas, aldeados ou não, que possuem Registro Administrativo de Nascimento de Indígena – RANI, este deverá ser anexado ao processo.

**4.2. Atendimentos retorno/continuidade do tratamento via TFD interestadual:**

- a) 3 vias do laudo TFD digitado, assinado e carimbado pelo médico. É requisito obrigatório o preenchimento correto, contendo: nome do paciente, nome e CPF do médico, CID, e procedimento solicitado;
- b) 1 cópia do relatório contra referência;
- c) 3 cópias do agendamento de retorno;
- d) 3 cópia de cadastro do TFD;
- e) 3 cópias do RG, CPF e cartão do SUS (paciente e acompanhante). Para crianças a partir de 10 (dez) anos é obrigatório documento de RG, passaporte de acordo com normas da ANAC;
- f) 1 cópia do comprovante de residência;
- g) 1 cópia dos dados bancários (cartão do banco ou cabeçalho do extrato bancário); e a mesma deve ser do paciente ou acompanhante.

**4.3. Atendimento ao Paciente Judicializado:**

- a) 2 (duas) cópias da certidão de nascimento (paciente de zero ano até 9 (nove) anos e 11 meses);
- b) 2 (duas) cópias do RG, CPF e cartão do SUS (paciente e acompanhante). Para crianças a partir de 10 (dez) anos é obrigatório documento de RG, passaporte de acordo com normas da ANAC;
- c) 2 (duas) cópias do comprovante bancário no nome do paciente ou do acompanhante;
- d) 2 (duas) cópias da decisão judicial;
- e) Relatório médico atualizado, informando se o paciente esta apto a viajar em voo comercial;
- f) 2 (duas) cópias do agendamento.

**4.4. Atendimento ao paciente que a unidade realiza a compra de procedimento pelas unidades hospitalares ou convênio.**

- a) 2 (duas) cópias da certidão de nascimento (paciente de zero ano até 9 (nove) anos e 11 meses);
- b) 2 (duas) cópias do RG, CPF e cartão do SUS (paciente e acompanhante). Para crianças a partir de 10 (dez) anos é obrigatório documento de RG, passaporte de acordo com normas da ANAC;
- c) 2 (duas) cópias do comprovante bancário no nome do paciente ou do acompanhante;
- d) 2 (duas) cópias do agendamento;
- e) Comprovante da compra do procedimento;
- f) Relatório médico atualizado, informando se o paciente esta apto a viajar em voo comercial.

**5. AUTORIZAÇÃO DO TFD INTERESTADUAL**

Considerando as rotinas de TFD no SUS estabelecidas na Portaria SAS/MS nº 055/99, definiram-se os critérios para concessão do benefício no estado de Rondônia:

- O TFD só será autorizado quando esgotados todos os meios de tratamento dentro do próprio município/região e/ou Estado;
- a) Será concedido, exclusivamente, ao paciente atendido na rede pública (ambulatorial e hospitalar) própria, conveniada ou contratada do SUS;
  - b) O TFD somente será prestado ao indivíduo residente no estado de Rondônia, atendidas as exigências desta normatização;
  - c) O TFD só será autorizado quando houver garantia de atendimento pelo SUS no Município/Estado de referência, com horário e data definido previamente;
  - d) Será permitido o agendamento em hospital ou clínica particular desde que cadastrado/ conveniada ao SUS, devendo comprovar que o atendimento solicitado

será realizado exclusivamente pelo SUS;

e) Para os casos de procedimentos constantes da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), deverão ser seguidas as portarias e protocolos vigentes do Ministério da Saúde;

O local de tratamento do paciente será determinado pela unidade hospitalar de destino que ofertar a vaga, de acordo com o tratamento indicado no laudo médico;

A autorização para o TFD contempla o pagamento dos deslocamentos (ida e volta) e ajuda de custo (alimentação e pernoite) ao paciente e acompanhante (quando indicado pelo médico assistente), de acordo com a disponibilidade orçamentária do Município/Estado e com base nos valores da tabela SIGTAP (Sistema de Gerenciamento da tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM – Órteses, Próteses e Materiais do SUS);

A presença do acompanhante em TFD só é justificada em caso de o paciente encontrar-se em condições clínicas que o impossibilitem de se deslocar desacompanhado. Essa justificativa deve ser realizada pelo médico assistente do paciente;

Menores de 18 anos e maiores de 65 anos, indígena, analfabeto e deficiente estão impossibilitados de viajar sozinhos;

Em referência aos casos de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva ou Unidades de Cuidados Especiais (UTI/UCE), ficarão sob a responsabilidade da unidade hospitalar a busca por vaga fora do estado de Rondônia por serem considerados transferências hospitalares;

Em caso de pactuação e/ou convênio devidamente preestabelecido, a CTFD terá a responsabilidade nos trâmites administrativos e referente envio e acompanhamento dos pacientes.

## **6. AUTORIZAÇÃO DO ACOMPANHANTE**

O acompanhante deverá ser prioritariamente parente consanguíneo, e/ou responsável legal do paciente; ser maior de 18 (dezoito) anos e menor de 65 (sessenta e cinco) anos, ter boa condição de saúde física e mental, falar língua

vigente no país de forma compreensível, residir no mesmo município do paciente, visto que os mesmos deverão embarcar juntos no mesmo voo. Para pacientes menores de 18 (dezoito) anos, o acompanhante deverá ser prioritariamente um dos genitores e/ou responsável legal. Vale ressaltar que não será autorizada, em hipótese alguma, acompanhante maior de 65 anos.

Nos casos em que um paciente estiver usufruindo o benefício de TFD para tratamento próprio, o mesmo não poderá ser acompanhante de outro paciente em TFD, ainda que o tratamento fora de domicílio de ambos não seja realizado concomitantemente.

A liberação de um segundo acompanhante ao paciente será analisada pela perícia médica da CTFD; havendo indicação médica, poderá ser autorizado um acompanhante para doadores vivos (casos de transplante). No caso o doador ser de maior de idade e até ser definida a realização do transplante o mesmo será o acompanhante do paciente.

Nos casos de crianças menores de 01 (um) ano, lactentes, cuja mãe seja menor de 18 anos ou, devido deficiência física ou mental, esteja incapacitada de expressão ou compreensão, neste caso será autorizado um segundo acompanhante, seja o pai ou pessoa a ser indicada formalmente pela família.

É assegurado ao acompanhante passagem e ajuda de custo para alimentação com ou sem pernoite, observadas as orientações deste manual e em conformidade com 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 médico pelo médico assistente do paciente e será julgada pela perícia médica e demais membros da CTFD.

O acompanhante deverá assinar o termo de responsabilidade, comprometendo-se a permanecer com o paciente até o término do TFD. Em casos de substituição por deliberação própria, perderá o benefício da despesa inerente.

## **7. DO DOADOR DE ÓRGÃOS:**

Quando houver indicação de transplante de órgãos, eleito um possível doador o qual realizará os exames de compatibilidade no local de execução do tratamento,

este usuário (possível doador) deverá ser encaminhado como acompanhante do paciente, recebendo os benefícios de ajuda de custo e passagens aéreas como tal.

Todavia, após a comprovação da aludida compatibilidade com o receptor, para que realize a investigação clínica e o próprio transplante inter-vivos, a central de transplante encaminhará o parecer de compatibilidade e agendamento para a doação do órgão. Em caso de intercorrência com o doador, após doação do órgão o mesmo deverá ser encaminhado como paciente.

## **8. DA CONTINUIDADE DO TRATAMENTO**

O processo de TFD terá validade de 12 (doze) meses para atendimento dentro da mesma patologia, considerando a data do laudo médico inicial como referência. Após esse período, se houver necessidade do paciente continuar o tratamento fora de domicílio, deverá ser apresentado relatório médico do especialista circunstanciado do quadro clínico do paciente, resultados de exames de diagnósticos atualizados (caso haja) e demais informações quanto à necessidade do paciente dar continuidade ao tratamento. A unidade solicitante de origem deverá atualizar o relatório de permanência (anexo VIII), para justificar a continuidade do paciente no programa.

O paciente deverá apresentar a CTFD o relatório de atendimento e/ou alta (relatório de contra referência) e agendamento de retorno.

Ressalta-se que a obrigatoriedade da renovação do laudo médico de TFD padrão pelo médico assistente solicitante de primeira vez, para atestar a continuidade do tratamento.

Se a continuidade do tratamento se deter apenas em acompanhamento ambulatorial, exames de rotina ou seguimento do tratamento, o paciente deverá apresentar justificativa da não realização do referido acompanhamento no Estado, atestando a necessidade de seguimento via TFD.

Quando o agendamento de retorno do paciente ocorrer em prazo inferior a 30 (trinta) dias de sua chegada ao Município/Estado de origem, o paciente (e seu acompanhante, quando houver) deverá permanecer no Município/Estado onde se encontra em tratamento, com direito a ajuda de custo.

Nos casos em que for necessária a permanência do paciente superior à 30 dias, deverá ser encaminhado relatório médico, expedida pelo hospital de referência onde o paciente está sendo assistido, com as seguintes informações: quadro clínico atual do paciente, comprovante de consultas/procedimentos/exames realizados no período, cronograma dos próximos agendamentos, justificativa médica para permanência fora de domicílio, previsão de alta e nome do atual acompanhante (quando houver). Todas essas informações deverão ser atualizadas mensalmente, para fins de análise pela comissão autorizadora com vista a continuidade do benefício.

É vedado o pagamento de ajuda de custo e/ou passagens para tratamento com período superior a 12 (doze) meses, sem renovação de laudo de TFD, exceto nos casos em que os pacientes permanecem fora do seu domicílio e tenha um relatório médico justificando sua permanência fora do seu Estado de origem.

A qualquer momento a perícia médica poderá solicitar o comparecimento do paciente de forma presencial.

Apenas será concedido o benefício de continuidade ao tratamento caso o paciente/acompanhante tenha prestado conta dos comprovantes de passagens de ida e volta ao TFD

## **9. DO DESLIGAMENTO**

O Paciente em TFD que, por livre conveniência, fixar residência no município executante, não fará jus à concessão do benefício e será sumariamente desligado do mesmo.

O desligamento do TFD será precedido de processo que acompanhe as seguintes documentações/informações:

- a) Relatório expedido pelo serviço social executante;
- b) Comprovação de que o beneficiário possui residência própria ou locada no município de referência e encontra-se residindo com a família e não apenas com seu acompanhante;

- c) Comprovação de que o beneficiário e/ou seu acompanhante tem quaisquer vínculos (empregatício, educacional, etc.) e/ou outras atividades que comprovem a necessidade em residir no município de referência, independente da questão relacionada ao tratamento de saúde;
- d) Por livre vontade do paciente, preencher termo de desistência expositivo de próprio punho;
- e) Quando deixar de apresentar relatório de contra referência e/ou novo laudo com informações de continuidade de tratamento;
- f) Quando o paciente viajar por conta própria sem dar entrada em laudo médico no CTFD.

**Observação:** É de responsabilidade do paciente e/ou responsável o envio do relatório contra referência ou de permanência. O não envio acarretará no desligamento do TFD.

#### **10. VETO DO TFD INTERESTADUAL:**

Não será autorizado TFD para concessão de ajuda de custo e passagens nos seguintes casos:

- a) Para tratamentos que utilizem procedimentos assistenciais contidos no Piso da Atenção Básica – PAB (Art. 1º e § 3º da Portaria SAS/MS nº 055/99);
- b) Quando o paciente estiver realizando tratamento através de planos privados de saúde e /ou de caráter particular;
- c) Em casos que o procedimento seja contemplado na rede SUS ou conveniado no estado de Rondônia;
- d) Quando não houver a garantia de atendimento/agendamento no município executante de referência;
- e) Para exames clínicos, laboratoriais, de imagem e para aplicação/aquisição de medicamentos, exceto nos casos de continuidade do tratamento com relatório clínico justificando o impedimento técnico da realização do acompanhamento no Estado;

- f) Quando os procedimentos solicitados no laudo médico não constarem da tabela SIGTAP;
- g) Em tratamentos considerados de caráter experimentais, não reconhecidos pelo Ministério da Saúde, bem como as doenças crônico-degenerativas e inflamatórias sem especificidade terapêutica, pois não fazem parte do protocolo de abrangência do TFD;
- h) Quando houver divergência entre o “procedimento solicitado” e a especialidade médica do profissional solicitante, neste caso ocorrerá a devolução do laudo de TFD à unidade solicitante para a possível correção;
- i) Laudos para procedimento em lábio leporino e fenda palatina que não constarem o parecer do Núcleo de Fissurados - NUFIS;
- j) Laudos para procedimento de transplante que não constarem o parecer da Central de Transplante (GCET);
- k) Tratamentos psiquiátricos e fisioterápicos;
- l) Tratamento fora do Brasil;
- m) Tratamento sem possibilidade de cura total ou parcial;
- n) Quando o paciente/acompanhante viajar por conta própria;
- o) Pacientes em terminalidade de vida;
- p) Pacientes com indicação de intervenção cirúrgica de emergência.

## **11. DO FUNCIONAMENTO DA CTFD E FLUXO DO PROCESSO**

- a) O protocolo desta coordenação de TFD/RO recebe a documentação/processo conforme descrito neste manual;
- b) O processo é encaminhado para avaliação da perícia médica da CTFD, podendo a mesma solicitar novos exames ou pareceres de outros especialistas;
- c) Nos casos de alta complexidade, após avaliado pela perícia médica o processo é encaminhado à central estadual de regulação de alta complexidade (CERAC-RO) que insere via SISCNRAC, a central nacional de regulação de alta complexidade (CNRAC) analisa e direciona às

unidades de referência de outros estados;

d) Nos casos de laudos que solicitam TFD pela primeira vez para atendimentos de média complexidade, o serviço social da CTFD realiza buscas em outras unidades da federação, sendo unidades públicas ou privadas conveniadas ao SUS mediante pactuação/convênio e outros, para recebimento do paciente;

e) Os laudos médicos para pacientes da especialidade de fenda palatina e transplantes deverá primeiramente obedecer o fluxo do núcleo dos fissurados de Rondônia (NUFIS) e da central de transplante (GCET);

f) Somente após a confirmação do agendamento (em papel timbrado da instituição com data e horário do atendimento), formaliza-se a solicitação de passagens para pacientes e acompanhantes, quando necessário;

g) Com 20 (vinte) dias de antecedência da data do agendamento o paciente deve procurar a CTFD para marcar sua passagem;

h) Com 20 dias de antecedência o paciente ou seu responsável deverá comparecer de forma presencial no serviço social para receber os formulários de encaminhamento, informações pertinentes à viagem e atendimento em outro Estado;

i) O serviço social confirma o agendamento de 1ª vez e entrará em contato com o paciente/acompanhante e posterior tratativas possíveis com casas de apoio nos Estados que possuem esse tipo de hospedagem para verificar a possibilidade de acolhimento ao paciente. Nos períodos de alta temporada (julho, dezembro, janeiro e fevereiro) o prazo é estendido para 25 (vinte e cinco) dias de antecedência devido à dificuldade de vagas disponíveis nos voos;

j) Após concluir o atendimento/receber alta do tratamento no outro Estado, o paciente (responsável ou acompanhante) deverá enviar relatório de contra referência (anexo) por meio do aplicativo WhatsApp ou e-mail, disponibilizados aos mesmos no formulário de orientações ao usuário, caso o paciente não tenha reais condições de acessar esses meios orienta-se pedir apoio ao serviço social das unidades onde foram realizar o tratamento;

- k) A passagem de retorno ao Estado de origem será emitida somente após envio do relatório contra referência devidamente preenchido e assinado pelo médico, sendo que o paciente ou acompanhante deverá entrar em contato com a agência de viagem e em total impossibilidade dos mesmos deverá ser solicitado novamente apoio ao serviço social hospitalar;
- l) Caso o paciente se desloque a outro Estado para tratamento por iniciativa própria e/ou de terceiros, sem que haja o devido trâmite de processo dentro da CTFD estadual, não será concedido o direito a passagens de retorno, ajuda de custo e serviços funerários.
- m) A cada retorno do paciente para atendimento fora do estado de Rondônia deverá ser montado um novo processo;
- n) Para os laudos de 1ª vez que aguardam agendamento em outro Estado, estes possuem validade de 01 (um) ano, não sendo agendado o atendimento dentro deste prazo o paciente deverá providenciar documentação atualizada, considerando as mudanças no seu quadro hemodinâmico, exceto para procedimentos da CNRAC, que deverão seguir as normativas do Ministério da Saúde;
- o) Após o retorno do paciente para seu município de origem o mesmo deverá procurar o TFD de seu município em um prazo de 05 (cinco) dias para prestação de contas, munido de uma cópia do relatório contra referência e canhotos das passagens;
- p) Em caso de óbitos de pacientes que estão em tratamento fora do Estado via TFD, o acompanhante deverá entrar em contato com a CTFD para orientações pertinentes ao trâmite de traslado. Na dificuldade de realizar tal procedimento orienta-se procurar o serviço social da instituição que o atende para subsidiar nas tratativas do fato junto ao CTFD de origem.

## **12. DOS MEIOS DE TRANSPORTES OFERECIDOS PARA TFD**

Os pacientes do programa de TFD do estado de Rondônia podem utilizar meios de transporte aéreo ou terrestre, de acordo com a disponibilidade e situação hemodinâmica do paciente para viagem.

Não será autorizado, combustível para transporte em veículo próprio, ou

compensação monetária do mesmo.

Não haverá ressarcimento de valores gastos com passagens compradas por meios próprios para ida ou volta do paciente ou seu acompanhante, mesmo que em tratamento de saúde.

### **12.1. Transporte Terrestre**

Será oferecido meio de transporte terrestre, como primeira escolha, condicionada a situação hemodinâmica do paciente e análise do laudo médico de TFD.

O paciente liberado para transporte terrestre, mas que na volta necessitar retornar por via aérea deverá apresentar relatório médico com a respectiva justificativa, pois as passagens aéreas somente serão fornecidas para aqueles casos nos quais o estado de saúde impeça o mesmo de viajar por via terrestre, ou quando a demora de deslocamento traga risco à sua saúde.

O embarque será da cidade onde o paciente é residente/domiciliado ou da cidade mais próxima, caso não tenha o itinerário disponível.

Não é permitida ao beneficiário do TFD a escolha da companhia terrestre e nem de horário de voo sendo, obrigatoriamente, cotada pela menor tarifa do dia, observada a compatibilidade com o estado de saúde do paciente.

O paciente ou seu responsável deverá assumir a responsabilidade por taxas e multas de alterações efetuadas junto às empresas fornecedoras de passagens terrestre, fora das normas do TFD tais como: não viajar na data estabelecida na solicitação de passagens emitidas, não viajar por perda de horário de embarque, assim como trocar de acompanhante após a emissão da passagem terrestre.

### **12.2. Transporte Aéreo**

A autorização de transporte aéreo para pacientes/acompanhantes será precedida de uma análise rigorosa, considerando a situação hemodinâmica do paciente.

O transporte aéreo, quando autorizado, será liberado para embarque, preferencialmente, no aeroporto mais próximo de onde o paciente é residente/domiciliado, observando-se termos descritos no contrato vigente para prestação do serviço, bem como disponibilidade de voos para o dia da

necessidade do embarque.

Em não sendo possível atender aos itens acima, o embarque será no aeroporto Governador Jorge Teixeira de Oliveira em Porto Velho, considerando os fundamentos nos termos do contrato vigente para prestação do serviço de transporte aéreo.

Não é permitida ao beneficiário do TFD a escolha da companhia aérea e nem de horário de voo sendo, obrigatoriamente, cotada pela menor tarifa do dia, observada a compatibilidade com o estado de saúde do paciente.

O paciente ou seu responsável deverá assumir a responsabilidade por taxas e multas de alterações efetuadas junto às empresas fornecedoras de passagens aéreas, fora das normas do TFD tais como: não viajar na data estabelecida na solicitação de passagens emitidas, não viajar por perda de horário de voo, assim como trocar de acompanhante após a emissão da passagem aérea.

No caso de embarque que requeira autorização médica (MEDIF) – para aqueles passageiros com necessidades especiais, o referido formulário deverá ser entregue à coordenadoria de TFD com 30 (Trinta) dias de antecedência à consulta. Tal preenchimento do MEDIF deve ser efetuado pelo médico responsável solicitante, não podendo ter rasuras e nem mudança de caligrafia, o qual deverá ser enviado à companhia aérea para análise e autorização do embarque.

### **12.3. Do direito às bagagens em transporte aéreo**

Todo paciente em TFD terá direito à bagagem de mão, de acordo com a legislação vigente no transporte aéreo doméstico.

Terá direito à bagagem despachada, de acordo com a legislação vigente, nos casos:

- a) Em que o paciente comprovar via agendamento que ficará em tratamento fora do Estado por um período superior a 10 (dez) dias;
- b) De pacientes com necessidades especiais; (ex: cadeirantes, sequelas neurológicas);
- c) De crianças menores de 05 (cinco) anos.

### **13. DAS DESPESAS**

As despesas permitidas pelo TFD são aquelas relativas a transporte (aéreo e terrestre), ajuda de custo para alimentação com ou sem pernoite, para paciente e acompanhante (se houver), bem como as despesas com urna, preparação e traslado do corpo, em caso de óbito em TFD.

As despesas para tratamento fora de domicílio encontram-se dispostos na Portaria n° 55, de 24 de fevereiro de 1999, do Ministério da Saúde, no art. 1°:

As despesas relativas ao deslocamento dos usuários do SUS para TFD são cobradas por intermédio do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), observando-se o teto financeiro definido para cada município/estado.

As despesas citadas correspondem a transporte aéreo, terrestre e fluvial, diárias para alimentação e pernoite para paciente e acompanhante

As despesas relativas ao deslocamento de usuários do SUS em TFD são cobradas por intermédio do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS, observado o teto financeiro definido para cada ente gestor, em conformidade com a sistemática operacional instituída através dos parâmetros do financiamento para TFD, bem como a disponibilidade orçamentária. O valor para cobrir as despesas de transporte é calculado com base no valor unitário pago a cada 50 km para transporte terrestre ou 200 milhas para transporte aéreo percorrido.

O valor da ajuda de custo é baseado na tabela do SIGTAP, que tem os valores reajustados pela Portaria MS/SAS n° 2.848/07. As Secretarias de Saúde, do Estado e do Município, não se responsabilizarão por despesas geradas por permanência indevida do paciente e/ou acompanhante na cidade de tratamento.

A Secretaria Estadual, através do CTFD, e as secretarias municipais de saúde deverão organizar o controle e a avaliação do TFD, de modo a manter disponível a documentação comprobatória das despesas.

#### **13.1 Despesas Intraestaduais**

A responsabilidade pelo pagamento de despesas de TFD intraestaduais é atribuída às secretarias municipais de saúde, que utilizarão a tabela de procedimentos do sistema SUS – SIGTAP devendo ser autorizadas de acordo com a disponibilidade orçamentária dos Municípios.

## **13.2 Despesas Interestaduais**

A responsabilidade pelo pagamento de despesas de TFD interestadual é atribuída à Secretaria de Estado da Saúde, por meio de controle do TFD estadual, que utilizarão a tabela de procedimentos do sistema SUS – SIGTAP, devendo ser autorizada de acordo com a disponibilidade orçamentária do Estado.

## **14. DIREITO À AJUDA DE CUSTO**

Todo paciente e acompanhante que tenha seu tratamento concedido via TFD tem direito à ajuda de custo de acordo com as normas vigentes para disponibilidade do benefício.

O cálculo para o pagamento da ajuda de custo obedecerá aos valores da tabela SIGTAP/MS, bem como Portaria nº 4393 de 06 de outubro de 2022 complementar.

Inicialmente será solicitado à coordenadoria do fundo estadual de saúde - CFES, 05 (cinco) diárias, a contar de 01 (um) dia antes da data do agendamento com pagamento antecipado para pacientes de atendimento ambulatorial e 07 (sete) diárias para paciente com indicação cirúrgica cardiológica, (caso o paciente permaneça menos de 5 dias será feito o desconto na próxima viagem conforme prestação de conta).

Quando o paciente receber ajuda de custo de forma antecipada à viagem, porém, não a realizar, ficará com saldo a ser descontado na próxima viagem.

No caso de transporte terrestre, devido ao tempo de deslocamento até o local do tratamento, será solicitada a ajuda de custo considerando o dia de embarque.

Caso o paciente permaneça mais de 05 (cinco) dias ou 07 (sete) realizando tratamento fora do estado de Rondônia, o mesmo ou seu acompanhante/responsável deverá solicitar o relatório do médico ou do serviço social da instituição informando o período estendido preterido e encaminhar à CTFD via e-mail para que seja solicitada a complementação da ajuda de custo.

Para pacientes que permanecem em tratamento prolongado fora do Estado faz-se necessário o envio de um novo relatório a cada 30 (trinta) dias. Como comprovação para complementação de ajuda custo deve ser enviado à CTFD

histórico de agendamento, relatório médico ou do serviço social em papel com identificação da instituição que o atende contendo:

- Carimbo e assinatura do médico assistente ou do Serviço Social da instituição;
- Assinatura do paciente e do acompanhante;
- Números do cartão SUS do paciente e do acompanhante;
- Período em que o paciente esteve em tratamento; e
- Data da elaboração do relatório.

A CTFD avalia a documentação e solicita as diárias ao setor financeiro (CFES), que fica responsável pelo pagamento, via ordem bancária na conta informada no processo de TFD do paciente.

Não será concedida ajuda de custo a pacientes durante o período em que permanecerem hospitalizados no município de referência. Não deverão ser concedidas ajudas de custo para acompanhantes de pacientes menores de 18 (dezoito) anos, e igual ou superior a 65 (sessenta e cinco) anos hospitalizados. Considerando as portarias: PT-GM/MS 28/1999, e PT-GM/MS 055/1999.

Não deverão ser concedidas ajudas de custo para acompanhantes que permaneçam em acompanhamento de pacientes hospitalizados, exceto no caso de paciente internado em UTI (Unidade de Terapia Intensiva).

Ao paciente ou acompanhante cabe à responsabilidade de comparecer ao CTFD do seu município ou sua regional para prestação de contas até 05 (cinco) dias após o retorno da viagem, caso não seja possível no prazo citado, a prestação de contas poderá ser aceita em até 01 (um) ano com justificativa plausível.

Não fará jus ao benefício, os pacientes/acompanhantes cuja permanência no local de tratamento, seja posterior a data da alta mencionada no relatório de contra referência, sem relatório médico ou documento que justifique o período excedente à alta. Vale frisar que o retorno deverá ser solicitado após a finalização dos atendimentos.

Em situações em que o paciente fixar residência em outro Estado, ele tem o dever de comunicar ao CTFD, pois será excluído do programa, perdendo o benefício da ajuda de custo. Caso seja evidenciado recebimento indevido de valores,

será tomada as providências de ressarcimento.

Constatada inconsistência na elaboração de documentos encaminhados à coordenadoria de TFD para solicitação de ajuda de custo, será automaticamente suspensa e passível de devolução dos valores recebidos.

Caso o paciente se desloque a outro Estado para tratamento por iniciativa própria e/ou de terceiros, sem que haja o devido trâmite de processo dentro da coordenação de tratamento fora de domicílio do estado de Rondônia, não será concedido o benefício da ajuda de custo.

Na prestação de contas deverá ser apresentado obrigatoriamente canhoto das passagens do paciente e do acompanhante, não atendendo tais requisitos a complementação de ajuda de custo ficará pendente até que sejam apresentados os comprovantes.

## **15. ÓBITO/TRANSLADO**

Em caso de óbito de pacientes e acompanhantes fora do estado de Rondônia, é competência da SESAU/RO via CTFD/RO o pagamento do translado de corpos quando os mesmos tiverem ido via tratamento fora de domicílio.

A CTFD interestadual realizará os trâmites do translado do paciente da cidade onde o mesmo está realizando o tratamento até o local onde dispõe o contrato vigente, sendo de responsabilidade da família o transporte até a cidade de residência, inclusive de acionar o setor de benefícios eventuais do município de residência.

## **16. DAS COMPETÊNCIAS**

### **16.1 Do Gestor Estadual**

A coordenadoria do TFD, sob orientação da Subdiretoria Técnica em Saúde (SDTECS), envida esforços e atua no acompanhamento dos processos de TFD, no sentido de fazer cumprir as prerrogativas prevista a esta modalidade de serviço.

Cabe a Gestão Estadual:

- Coordenar as ações e serviços de TFD;

- Promover articulação técnica junto às regionais e os municípios sobre matéria;
- Organizar e garantir o planejamento, a meta e a execução;
- Divulgar junto às Secretarias Municipais de Saúde, Regionais de Saúde e hospitais a legislação vigente sobre o TFD;
- Deliberar sobre questões omissas ou situações novas que venham surgir e não conste solução expressa neste manual;

**b) Coordenação Estadual do TFD em Rondônia:**

- Orientar e capacitar as unidades solicitantes no que se refere ao programa de TFD;
- Receber as solicitações de TFD interestadual para aplicar os critérios para autorização;
- Efetuar os agendamentos de consultas e procedimentos, quando esgotado os recursos no Estado; Emitir boletim de produção ambulatorial individual – BPA-I das despesas de ajuda de custo e passagens;
- Manter arquivo dos processos de TFD organizado;
- Garantir a veracidade das informações das solicitações dos créditos bancários aos beneficiários.
- Programar as despesas definindo a fonte de recursos;
- Apresentar no SIA/SUS (via BPA-I) os serviços produzidos pelo TFD.

**c) Núcleo Administrativo/Protocolo:**

- Receber e conferir a documentação do paciente, cadastrar os laudos recebidos;
- Solicitar a presença do acompanhante se for o caso, para assinar o termo de responsabilidade, comprometendo-se a permanecer com o paciente até o término do tratamento;
- Verificar se o acompanhante atende os requisitos;
- Formalizar/cadastro o processo de TFD e encaminhar para perícia médica;
- Acolher as demandas dos pacientes, seja presencialmente, por contato telefônico, e-mail e afins.

**d) Núcleo administrativo-distribuição e autorização de passagens:**

- Conferir os laudos cadastrados, andamento dos processos, principalmente no que se refere a emissão de passagens;

- Emitir requisição/autorização das passagens, ida e volta, para o deslocamento do paciente/acompanhante até o local de destino;
- Solicitar assinatura/autorização das requisições emitidas e encaminhá-las a agência de viagem para marcação do voo; Acompanhar a marcação dos voos, resgatando a requisição na agência quando necessário;

**e) Núcleo de Ajuda de Custo:**

- Monitorar os laudos cadastrados, andamento dos processos, principalmente no que se refere a solicitação da ajuda de custo;
- Receber do paciente e/ou das unidades executantes, relatórios solicitando ajuda de custo;
- Orientar ao solicitante quanto a forma e o andamento do processo;
- Calcular, de acordo com as normas vigentes no SUS, o valor das ajudas de custo, segundo evolução do processo, comprovada, assinada e carimbada pelos profissionais de saúde que o assistiram na unidade executante;
- Solicitar ao gestor estadual, autorização de pagamento de ajuda de custo;
- Solicitar cadastro da conta do usuário no sistema do SIAFEM, quando necessário;
- Encaminhar ao setor financeiro os documentos de autorização da execução do valor das despesas com ajuda de custo.

**f) Núcleo da Perícia Médica do CTFD:**

- Avaliar os processos de TFD interestadual para inserção do mesmo no sistema CNRAC ou TFD, verificando se o procedimento solicitado é realizado em unidades cadastradas no SCNES dentro ou fora do Estado;
- Analisar os laudos médicos e resultados de exames que compõem o processo de TFD interestadual;
- Indicar a referência para atendimento na região de saúde, no Estado nos casos que não contemplaram o item 1;
- Requerer ao médico solicitante a revisão de procedimento indicado e/ou exames complementares, quando necessário para concessão do TFD;

- Autorizar ou negar os processos de solicitação e de continuidade de TFD, segundo normativas vigentes;
- Autorizar ou negar o segundo acompanhante de acordo com a questão clínica;
- Convocar, caso necessário, o paciente e/ou acompanhante comunicando a concessão ou não do TFD;
- Nos casos que o laudo não esclarecer as dúvidas da unidade recebedora, caberá ao médico da perícia, o contato com o profissional médico solicitante para esclarecimentos de dúvidas, por meio de informação complementar devidamente registrada;
- Justificar a concessão do meio de transporte.

**g) Ao Núcleo do Serviço Social:**

- Garantir o direito ao usuário do SUS ao TFD, permitindo a sua inclusão, segundo legislações pertinentes, em vigência;
- Informar, orientar e prestar esclarecimento sobre o TFD;
- Articular/acompanhar agendamentos para atendimento na rede;
- Realizar visita domiciliar e/ou hospitalar, quando necessário;
- Orientar os pacientes e/ou acompanhantes que, no retorno do atendimento, devem apresentar os comprovantes das passagens aéreas ou rodoviárias, assim como devolver o processo com o registro de agendamentos nos casos de pacientes de primeira vez;
- Encaminhar pacientes para casas de apoio, quando assim houver no Estado/Município de tratamento, orientando sobre as normativas das mesmas;
- Encaminhar o paciente, quando for o caso, para apoio da rede de serviço de saúde e de assistência social, visando o acesso a outros direitos sociais;
- Solicitar via e-mail vagas para outros Estados.
- Realizar parecer social, se necessário.

**h) Unidade Hospitalar:**

- Regular a vaga/agendamento fora do estado de Rondônia, em se tratando de transferência hospitalar, aplicável aos casos de pacientes internados.

#### **h) Central de Transplante:**

- Regular os pacientes que necessitam de transplantes e/ou transplantados e encaminhar a coordenação de tratamento fora de domicílio, para providências de passagens e ajuda de custo;
- Acolher os pacientes pré e pós transplantes de órgãos deverão procurar a central de transplante do estado – GCET, para avaliação/consulta. A central ficará responsável por atender o paciente e preencher o laudo médico de solicitação de TFD e encaminhar a documentação necessária a CTFD;

Observação: Pacientes domiciliados no interior do Estado, fica sob responsabilidade das regionais de saúde encaminhar os pacientes/processos a central de transplante para avaliação e posteriormente encaminhar o processo para a CTFD.

#### **i) Núcleo dos Fissurados (NUFIS):**

- Acolher os pacientes fissurados para consulta e avaliação;
- Preencher o laudo médico de TFD após esgotados todos os meios de tratamento dentro do estado de Rondônia e encaminhar o processo para a CTFD;

Observação: Pacientes domiciliados no interior do Estado, fica sob responsabilidade das regionais de saúde o encaminhamento dos pacientes/processos ao NUFIS para avaliação e posteriormente encaminhar a CTFD.

#### **j) TFD das Regionais:**

- Receber laudos Médico dos municípios de sua abrangência;
- Conferir e encaminhar os laudos verificando se todos os campos estão preenchidos corretamente;
- Anexar a documentação citada no item 4;
- Orientar os municípios e os pacientes quanto ao agendamento, normas e rotinas da unidade onde está sendo encaminhado e do TFD de Rondônia;
- Orientar o paciente quanto às normas e rotinas de TFD; e

- Orientar o paciente quanto aos trâmites de ajuda de custo e solicitação de passagens de volta.

#### **i) Setor de TFD nos Municípios**

- Responsável pelo recebimento do laudo do paciente;
- Encaminhamento para a regional e acompanhamento dos trâmites do processo;
- Orientar os pacientes quanto ao agendamento, normas e rotinas da unidade onde está sendo encaminhado e do TFD de Rondônia.

**Atenção:** Cabe a todas as setoriais a observância do rito administrativo inerente ao TFD.

### **16.2 Do Gestor Municipal**

Cabe às secretarias municipais de saúde, definir processos de trabalho e prover os recursos orçamentários e necessários para funcionamento do programa do TFD nos deslocamentos intraestaduais, garantido ao usuário (paciente e acompanhante, se for o caso) o transporte e a ajuda de custo, conforme o rito de governança municipal.

## **17. RESPONSABILIDADE CIVIL**

Paciente e acompanhante deverão respeitar todas as regras de condutas e procedimentos, por todos os lugares em que estiverem, enquanto beneficiários do TFD.

A não observância dos regulamentos legais referidos, importará no imediato cancelamento do TFD e tomada das medidas cabíveis.

Todo e qualquer documento entregue, não poderá conter nenhuma rasura, sob qualquer pretexto, implicando a não aceitação do documento, deste modo, documentos que contenham emendas/rasuras serão inválidos.

Eventuais danos materiais e morais causados pelo paciente ou acompanhante serão de sua inteira responsabilidade, portanto, o estado de Rondônia está isento de qualquer responsabilidade por danos causados por pacientes ou acompanhantes.

O TFD não se responsabilizará por despesas adicionais indevidas realizadas pelo paciente/acompanhante fora das normas aqui instituídas.

O TFD não se responsabilizará por despesas adicionais geradas por permanência indevida do paciente ou acompanhante.

## **18. DOS CASOS OMISSOS**

Os casos não explicitados nesta normatização, serão avaliados pelo titular da pasta da saúde que reservar-se-á o direito de resolvê-los à luz das normas previstas pelo Ministério da Saúde e da Constituição Federal, levando ao conhecimento dos interessados os encaminhamentos a serem dados a cada caso.

## **19. CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE – CERAC**

A central estadual de regulação de alta complexidade (CERAC) tem a função de regular o fluxo estadual e interestadual de pacientes, para execução dos procedimentos de alta complexidade, é um componente da Central Nacional de Regulação de Alto Custo (CNRAC).

Somente serão inseridos laudos de solicitação para usuários que necessitam de atendimento de caráter estritamente eletivo, considerando o elenco de procedimentos definido na Tabela SUS com atributo CNRAC. O procedimento não contemplado no elenco da CNRAC e o atendimento que possuir caráter de urgência e emergência, não devem ser inseridos na CNRAC e, quando necessário, devem ser objeto de pactuação entre os estados solicitantes e executantes. Quando verificado o descumprimento do *caput*, o Hospital Consultor deve negar o laudo de solicitação, com a devida justificativa. Para efeito desta PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 1, DE 22 DE FEVEREIRO DE 2022, CAP. II, Subseção, I Art. 149 considera-se:

**I.** Atendimento Eletivo: procedimento terapêutico executável em ambiente ambulatorial ou hospitalar, com diagnóstico estabelecido e com possibilidade de agendamento prévio, sem caráter de urgência ou emergência.

**II.** Urgência: ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de morte, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

**III.** Emergência: a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de morte ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.

A CERAC, atualmente esta estabelecida, provisoriamente, no terceiro piso da Policlínica Osvaldo Cruz, Avenida Governador Jorge Teixeira N° s/n setor Industrial, junto ao complexo regulador, gerência estadual de regulação - GERREG, ao qual é subordinada. Atuando como executante nos procedimentos de alto custo realizados dentro do estado e como solicitante, junto a central nacional de regulação de alto custo – CNRAC. Sendo responsável pelo cadastramento junto a CNRAC para concessão de vaga em local disponível, no território nacional. Seguindo os critérios abaixo descritos:

- a) Procedimentos Eletivos;
- b) As solicitações para atendimento de pacientes que necessitem de Assistência de Alta Complexidade, em outro Estado, quando houver ausência ou insuficiência na oferta do procedimento, dentro do estado;
- c) Os procedimentos devem ser solicitados por profissionais médicos vinculados às instituições próprias ou credenciados no SUS/RO com registro no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES);
- d) Os procedimentos cujos códigos estejam inseridos no rol da CNRAC, de acordo com a Portaria SAS/MS nº 686 de 19/12/2007;
- e) O fluxo de entrada dos laudos com solicitação de procedimentos de alto custo, fora do estado, é encaminhado pelo TFD/RO, após perícia médica. As informações entre as CERACs tramitam integralmente em meio informatizado, restrito aos agentes do processo estabelecido, desde a inclusão até alta do paciente. Adota-se o compartilhando as informações sobre o andamento do processo, de cada paciente, junto ao TFD, através de planilhas atualizadas.

**Observação:** Com o objetivo de disciplinar e otimizar as atividades da CNRAC e das CERACs, em todo território nacional, foi aprovado através da Portaria SAS/MS n.º 258, de 30/07/2009, o regulamento técnico, as orientações técnicas para inclusão de laudo de solicitação e o elenco de procedimentos definidos como de alta complexidade.

No site <https://c니라c.datasus.gov.br/c니라c> é possível acessar a Legislação pertinente e obter maiores orientações técnicas.

## **20. NUFIS**

As Gerências regionais de Saúde (GRS), encaminha o laudo médico através de e-mails ou físico para o Núcleo dos Fissurados de Rondônia (NUFIS), para que possa emitir parecer técnico se o estado executa o procedimento solicitado.

## **21. DISPOSIÇÕES FINAIS**

O manual apresentado é um guia detalhado sobre o Tratamento Fora de Domicílio (TFD) no estado de Rondônia. Ele estabelece os procedimentos e critérios para garantir que os pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) possam receber tratamento em outros estados quando necessário e esgotados os recursos locais.

A finalidade deste manual é assegurar que os pacientes que necessitam de tratamentos específicos e não encontram disponibilidade na rede de saúde local tenham acesso aos recursos de outros Estados, garantindo que os procedimentos sejam realizados em unidades de saúde cadastradas no SUS ou conveniadas.

Além disso, este manual delimita as responsabilidades das diferentes instâncias do sistema de saúde, desde as secretarias municipais até a central estadual de regulação de alta complexidade (CERAC), e define os critérios para concessão do benefício, como a necessidade de esgotar os meios de tratamento no próprio estado, a garantia de atendimento no local de referência, a escolha da companhia de transporte, entre outros.

Ele também esclarece sobre os procedimentos para solicitação do TFD, documentos necessários, autorização do acompanhante, transporte oferecido, pagamento de despesas e prestação de contas.

Em suma, o manual do TFD tem como objetivo principal viabilizar o acesso dos pacientes a tratamentos fora do domicílio quando não disponíveis localmente, assegurando a qualidade e o acompanhamento necessários durante todo o processo.

Este manual, está sujeito a alterações a bem da sociedade rondoniense e em cumprimento as boas práticas de funcionamento do SUS, na perspectiva de aperfeiçoamento contínuo do desenvolvimento desta modalidade de atendimento. Em caso de alterações, serão submetidas ao comitê de governança desta SES.

## 22. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

**BRASIL.** Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8080, de 10 de setembro de 1990. Dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 1990.

**Ministério da Saúde.** Portaria nº 55, de 24 de fevereiro de 1999. Estabelece a rotina do Tratamento Fora de Domicílio (TFD) no Sistema Único de Saúde. Brasília, 1.999.

**Ministério da Saúde.** Portaria nº 280, de 07 de abril de 1999. Torna obrigatório nos hospitais públicos, contratados ou conveniadas com o Sistema Único de Saúde – SUS, a viabilização de meios que permitam a presença do acompanhante de pacientes maiores de 60 (sessenta) anos de idade, quando internados. Brasília, 1.999.

**Ministério da 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 descodificação de procedimentos. Brasília, 2007.

**Ministério da Saúde** Portaria Nº 1559, de 1º de Agosto de 2008 – Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, 2008. **Portaria Estadual** Nº 270/GAB/SESAU/RO, de 7 de outubro de 2004 – Aprovou o regulamento técnico do TFD.

## **ANEXOS**

## **ORIENTAÇÕES**

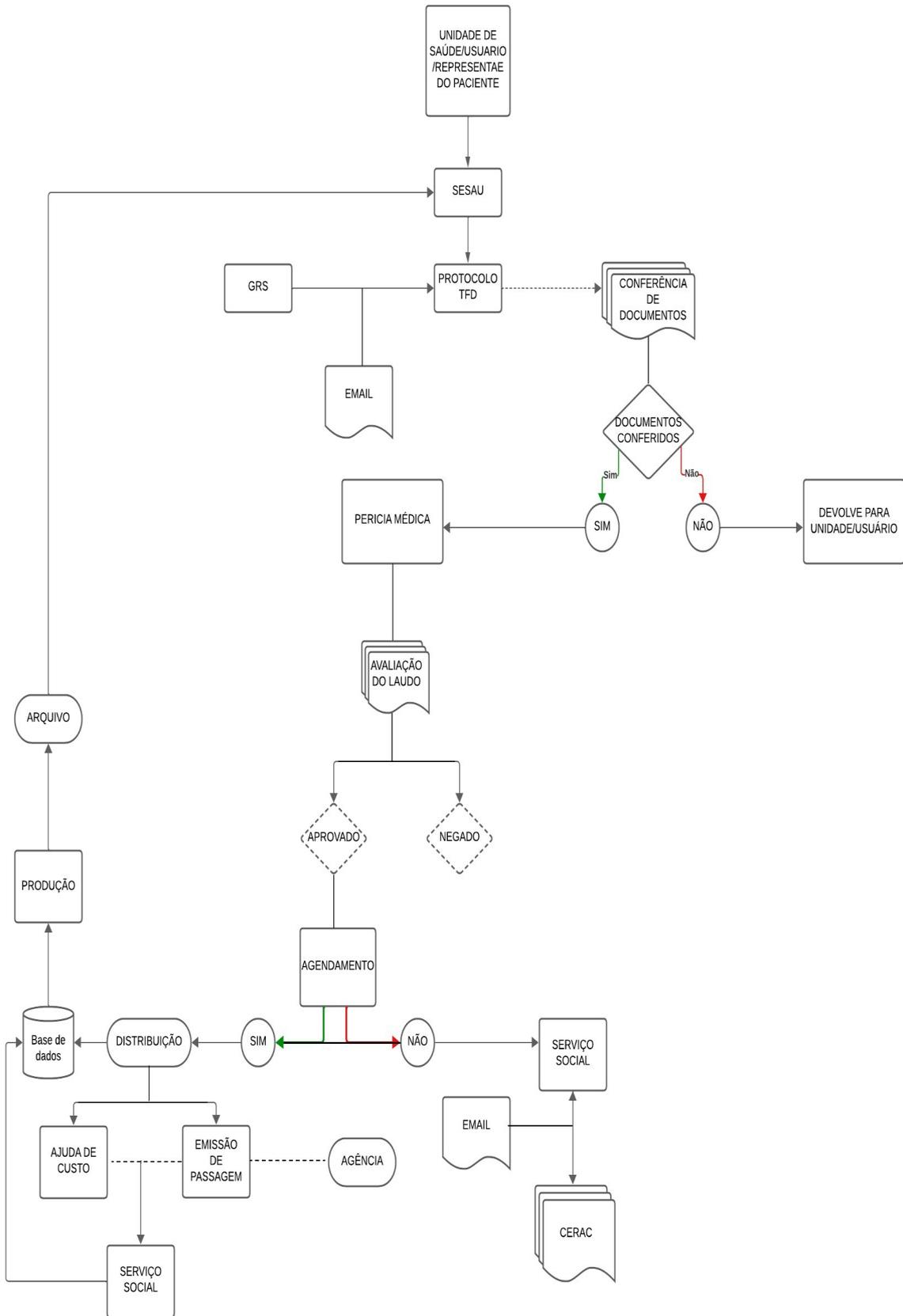
- a) Protocolar laudo de TFD presencial com 30 dias de antecedência do ou agendamento ou aguardando agendamento;
- b) Não serão aceito Laudos Médicos sem preenchimento de todos os campos tanto na 1ª vez e Retorno;
- c) Os exames Laboratoriais e de Imagem tem validade de 60 (sessenta) dias;
- d) Após 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.
- u) O governo do estado de Rondônia não possui convênio com casas de apoio.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

---

**Assinatura paciente/representante**

# Fluxo Rotina de Trabalho



## I. MODELO LAUDO MÉDICO



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SESAU  
COORDENADORIA DE TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO-CTFD  
Tel. (69) 3216-5295/3216-5293/3216-5380 / 0800 648 5499  
E-mail: [protocolo.ctfd@sesau.ro.gov.br](mailto:protocolo.ctfd@sesau.ro.gov.br) / [ctfdagendamento.ro@gmail.com](mailto:ctfdagendamento.ro@gmail.com)  
Whatsapp (69) 98482-1232 / 98482-1212

### DADOS DO PACIENTE

### LAUDO MÉDICO

Nome do paciente:	
Telefone ( )	Município:
Endereço:	
Idade:	Tipagem Sanguínea:
CNS:	CPF:

### DADOS DO MÉDICO SOLICITANTE

NOME:		CRM:
CPF:	Telefone ( )	CNS:
Estabelecimento Vinculado ao SUS:		

### IDENTIFICAÇÃO DO ACOMPANHANTE

Nome do Acompanhante:		
Endereço:		RG:
Município	Telefone: ( )	CPF:

### DADOS DO DIAGNÓSTICO E DO PROCEDIMENTO

Procedimento Solicitado:*	
Código do procedimento solicitado (SIGTAP/OBRIGATÓRIO):	
Diagnóstico Inicial: _____	CID – 10 (Ex: A 17.0)
Caráter de Internação:*	
Clínica:	
Principais sinais e sintomas clínicos/medicações em uso:	
Condições que justificam a internação:	
Principais resultados das provas diagnósticas:	
Data da inclusão (primeiro laudo): _____	CID da inclusão:

### DADOS REFERENTES À AVALIAÇÃO CLÍNICA GERAL DO ESTADO DO PACIENTE

Condições Hemodinâmicas (mensuração da PA obrigatória):			
PA:	AC:	FC:	FR:
Padrão Respiratório:			
Funções Renal e Hepática:			
Estado Neurológico Sumário:			
Estado Nutricional:			
Caracterização de eventual urgência na realização do procedimento:*			
História progressiva e atual significativa especialmente quanto ao uso e alergia a medicamento, bem como alergia e contrastes, anestésicos e antissépticos:			
Informações sobre dados de exame físico realizado nos últimos 08 dias, com transcrição das informações (podem ser na forma estruturada ou não):*			

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES MÍNIMOS, INDEPENDENTE DE OUTROS EXAMES REALIZADOS**

<b>Hemograma Completo:</b>
<b>Coagulograma:*</b>
<b>Creatinina:*</b>
<b>Glicemia de Jejum:*</b>
<b>Eletrocardiograma:*</b>
<b>Radiografia do Tórax (para maiores de 60 anos):*</b>
<b>Relatório de risco cirúrgico (coerente com os itens acima descritos) segundo a classificação da Sociedade Americana de Anestesiologia (ASA 1, 2, 3, 4, ou 5):*</b>

**DADOS REFERENTES À AVALIAÇÃO CLÍNICA GERAL DO ESTADO DO PACIENTE E MEIOS DE TRANSPORTES**

<b>Transporte recomendável: em caso de transporte aéreo, torna-se obrigatória justificativa clínica:</b> ( ) TERRESTRE ( ) AÉREO JUSTIFICATIVA CLÍNICA:
<b>Atestar a necessidade de acompanhante: NO CASO DE SIM, JUSTIFICAR:</b> ( ) SIM, JUSTIFICATIVA CLÍNICA: _____ ( ) NÃO

**Local e Data** \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ 202\_\_.

\_\_\_\_\_  
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE (INTERIOR)  
CARIMBO E ASSINATURA

**Declaro para os devidos fins que o tratamento solicitado neste laudo médico está com todos os meios esgotados para sua realização na Rede Pública e/ou conveniada do Estado de Rondônia pelos seguintes motivos:**

- ( ) Inexistência de tratamento no Estado;  
( ) Inexistência de especialistas na Rede pública e/ou conveniada;  
( ) Outros; JUSTIFICATIVA OBRIGATÓRIA \_\_\_\_\_

**Assumo ainda, a integral responsabilidade quanto à veracidade do conteúdo neste documento.**

\_\_\_\_\_  
MÉDICO ASSISTENTE  
CARIMBO E ASSINATURA  
USO EXCLUSIVO DA COMISSÃO DO TFD  
PARECER DA JUNTA MÉDICA/TFD

\_\_\_\_\_  
1º PERITO  
( ) SIM ( ) NÃO

\_\_\_\_\_  
2º PERITO  
( ) SIM ( ) NÃO

\_\_\_\_\_  
3º PERITO  
( ) SIM ( ) NÃO

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA E CARIMBO

## II. MODELO DO CADASTRO



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SESAU  
COORDENADORIA DE TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO-CTFD  
Tel. (69) 3216-5295/3216-5293/3216-5380 / 0800 648 5499  
E-mail: [protocolo.ctfd@sesau.ro.gov.br](mailto:protocolo.ctfd@sesau.ro.gov.br) / [ctfdagendamento.ro@gmail.com](mailto:ctfdagendamento.ro@gmail.com)  
Whatsapp (69) 98482-1232 / 98482-1212

# CADASTRO DE PACIENTE

Todos os campos são de preenchimento obrigatório

### IDENTIFICAÇÃO DA CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO SOLICITANTE

<b>Código da Central:</b>
<b>Nome da Central:</b>

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

<b>Cartão Nacional do SUS:</b>					
<b>Nome do Paciente:</b>					
<b>Data de Nascimento:</b>					
<b>Idade:</b>		<b>Sexo:</b>		<b>Altura:</b>	
<b>Município de Nascimento:</b>			<b>Raça/Cor:</b>		<b>Peso:</b>
<b>Filiação – Nome da mãe:</b>					
<b>Nome do Pai:</b>					

### ENDEREÇO DO PACIENTE

<b>Rua:</b>	
<b>Complemento:</b>	
<b>Bairro:</b>	<b>Número:</b>
<b>Município:</b>	<b>UF:</b>
<b>Cep:</b>	
<b>Telefone:</b>	
<b>E-mail:</b>	

### DOCUMENTOS DO PACIENTE

<b>Identidade:</b>	<b>Órgão Emissor:</b>	<b>UF:</b>
<b>Data de Expedição:</b>		
<b>CPF:</b>		
<b>Certidão de Nascimento:</b>	<b>Número:</b>	
<b>Nome do Cartório:</b>	<b>Livro:</b>	
<b>Número da Folha:</b>	<b>Número do Termo:</b>	
<b>Data de Emissão</b>	/	/ (dd/mm/aa)

### DOCUMENTOS DO ACOMPANHANTE

<b>NOME DO ACOMPANHANTE:</b>		
<b>ENDEREÇO:</b>		
<b>RG:</b>	<b>Raça/cor:</b>	<b>Cartão SUS:</b>
<b>Telefone:</b>		
<b>CPF:</b>		
<b>GRAU DE PARENTESCO DO PACIENTE:</b>		

### III. MODELO DECLARAÇÃO DE TROCA DE ACOMPANHANTE



GOVERNO DE ESTADO DE RONDÔNIA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SESAU  
COORDENADORIA DE TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO-CTFD

#### DECLARAÇÃO 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. \_\_\_\_\_



**V. DECLARAÇÃO DE TROCA DE ACOMPANHANTE**



**GOVERNO DE ESTADO DE RONDÔNIA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SESAU  
COORDENADORIA DE TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO - CTFD**

**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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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. \_\_\_\_\_

## VI. MODELO DECLARAÇÃO DE PERMANÊNCIA



GOVERNO DE ESTADO DE RONDÔNIA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SESAU  
COORDENADORIA DE TRATAMENTO FORA DO 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 Portaria / SAS/N.º 055 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 \_\_\_\_\_

-----  
serviço social

Carimbo da instituição

**VII. MODELO DE DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA DE TERCEIRO**



GOVERNO DE ESTADO DE RONDÔNIA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SESAU  
COORDENADORIA DE TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO - CTFD

**DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA Á TERCEIRO**

Eu, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_ RG nº \_\_\_\_\_ Órgão Exped.  
\_\_\_\_\_, residente à \_\_\_\_\_

Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_. DECLARO, para os devidos fins de comprovação de residência, sob as penas da Lei (art. 2º da Lei 7.115/83), que a (o) Sr (a). \_\_\_\_\_, portador do RG nº: \_\_\_\_\_, expedido pelo \_\_\_\_\_ e inscrito no CPF/MF sob o nº: \_\_\_\_\_ é residente e domiciliado neste endereço a cima.

Declaro ainda, estar ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal, conforme transcrição abaixo:

*“Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante. Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular.”*

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.

VIII. MODELO DE DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA INDIVIDUAL



GOVERNO DE ESTADO DE RONDÔNIA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE-SESAU  
COORDENADORIA DE TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO - CTFD

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA INDIVIDUAL

Eu, \_\_\_\_\_  
CPF nº \_\_\_\_\_ RG nº \_\_\_\_\_ Órgão Exped. \_\_\_\_\_, declaro  
perante o serviço de TFD de \_\_\_\_\_ Rondônia, que resido à  
\_\_\_\_\_,

Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_.

Declaro ainda, estar ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal, conforme transcrição abaixo:

*“Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante. Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular.”*

\_\_\_\_\_/RO \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Local (Município)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Declarante

**IX. MODELO DO RELATÓRIO DE CONTRA REFERÊNCIA/ALTA**



**GOVERNO DE ESTADO DE RONDÔNIA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE-SESAU  
COORDENADORIA DE TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO - CTFD**

**RELATÓRIO DE CONTRA REFERÊNCIA/ ALTA**

Nº PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_

**NOME DO HOSPITAL:** \_\_\_\_\_

**CIDADE:** \_\_\_\_\_ **ESTADO:** \_\_\_\_\_

**NOME DO PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**POSSUI ACOMPANHANTE:** ( )SIM ( )NÃO

**NOME DO ACOMPANHANTE:** \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICO/MOTIVO DA ALTA:** \_\_\_\_\_

**OUTROS DIAGNÓSTICO:** \_\_\_\_\_

**PROCEDIMENTOS/EXAMES REALIZADOS:** \_\_\_\_\_

**TRATAMENTO REALIZADO:** \_\_\_\_\_

**CONDIÇÕES ATUAL DO PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**AVALIAÇÃO POR OUTRA ESPECIALIDADE?** ( )SIM ( )NÃO

**QUAIS?** \_\_\_\_\_

**MOTIVO:** \_\_\_\_\_

**HOUVE NECESSIDADE DE INTERNAÇÃO?** ( )SIM ( )NÃO

**PERÍODO DE INTERNAÇÃO:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ À \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**ATENDIMENTO VIA SUS:** ( )SIM ( )NÃO

**SE NÃO, QUAL A FORMA?** \_\_\_\_\_

**NECESSIDADE DE RETORNO?** ( )SIM ( )NÃO

**DATA DE RETORNO:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**COM ACOMPANHANTE:** ( )SIM ( )NÃO

**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:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **DA DO PREENCHIMENTO DO RELATÓRIO:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**TELEFONE/E-MAIL PARA CONTATO COM PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**PEGAR PASSAGEM DA PRÓXIMA CONSULTA DIA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ CIENTE:** \_\_\_\_\_

**OBS.: ENTRAR COM NOVO LAUDO MÉDICO COM 45 DIAS DE ANTECEDÊNCIA DO RETORNO.**



GOVERNO DE ESTADO DE RONDÔNIA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE-SESAU  
COORDENADORIA DE TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO - CTFD

## ENDEREÇO

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE/SESAU  
RUA PIO XII, Nº S/N - EDIFICO RIO MACHADO - TÉRREO

## CONTATOS DE ATENDIMENTO

**GERAL:** 0800 648-5499

**PROTOCOLO:** (69) 98482-1212 / 3216-5380

**SERVIÇO SOCIAL:** Tel: (69) 3216-7218 / (69) 98423-4061

**AJUDA DE CUSTO:** (69) 98482-1232

**DISTRIBUIÇÃO:** (69) 3216-5380

**PASSAGEM TERRESTRE:** (69) 98423-4061

## ENDEREÇOS ELETRÔNICOS

**GERAL:** [ctfd@sesau.ro.gov.br](mailto:ctfd@sesau.ro.gov.br)

**COORDENAÇÃO:** [coord.ctfd@sesau.ro.gov.br](mailto:coord.ctfd@sesau.ro.gov.br)

**PRODUÇÃO:** [producao.ctfd@sesau.ro.gov.br](mailto:producao.ctfd@sesau.ro.gov.br)

**DISTRIBUIÇÃO:** [distribuicao.ctfd@sesau.ro.gov.br](mailto:distribuicao.ctfd@sesau.ro.gov.br)

**SERVIÇO SOCIAL:** [tfdservicosocial02@gmail.com](mailto:tfdservicosocial02@gmail.com)

**AJUDA DE CUSTO:** [ctfd.ro.ajudadecusto@gmail.com](mailto:ctfd.ro.ajudadecusto@gmail.com)

**PROTOCOLO:** [protocolo.ctfd@sesau.ro.gov.br](mailto:protocolo.ctfd@sesau.ro.gov.br)  
[ctfd.ro.protocolo@gmail.com](mailto:ctfd.ro.protocolo@gmail.com)

## HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

### ATENDIMENTO AO PÚBLICO PRESENCIAL:

SEGUNDA-FEIRA À SEXTA-FEIRA

07H30MIN ÀS 13H30MIN

### ATENDIMENTO PARA AUXILIO FUNERAL TFD:

**Atendimento 24H:** (69) 98482-1232 / 98482-1212 (ligação e whatsapp)