



GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

RESOLUÇÃO CIB-PB Nº 03, DE 20 DE FEVEREIRO DE 2024

Aprova o novo Manual de Regulamentação do Tratamento Fora do Domicílio - TFD Do Estado da Paraíba.

A **Comissão Intergestores Bipartite**, no uso de suas atribuições legais, e considerando:

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

A Portaria de nº 2.500, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a elaboração, à proposição, a tramitação e a consolidação de atos normativos no âmbito do Ministério da Saúde;

A Portaria nº 1820 de 13 de agosto de 2009 do Ministério da Saúde, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde;

A Portaria de Consolidação SAES/MS nº 1, de 22 de fevereiro de 2022, Seção XII, Capítulo II ^[1], consiste em ajuda de custo a ser fornecida aos pacientes atendidos na rede pública ou conveniada/contratada do SUS que dependam de tratamento fora de seu domicílio, mediante garantia de atendimento no município de referência;

A Lei nº 4.182 de 2019 que regulamenta o custeio de despesas dos pacientes em rotina de Tratamento Fora do Domicílio – TFD; e,

A decisão da plenária da CIB-PB, na 1ª Reunião Ordinária, do dia 20 de fevereiro de 2024, realizada no Auditório do Garden Hotel – Campina Grande/PB.

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar o novo Manual de Regulamentação do Tratamento Fora do Domicílio - TFD Do Estado da Paraíba.

Art. 2º Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

JHONY WESLLYS BEZERRA COSTA
Presidente da CIB/PB

SORAYA GALDINO DE ARAUJO LUCENA
Presidente do COSEMS/PB



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**

ANEXO DA RESOLUÇÃO CIB-PB Nº 03, DE 20 DE FEVEREIRO DE 2024

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GOVERNO DA PARAÍBA
GERÊNCIA EXECUTIVA DE REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO DA
ASSISTÊNCIA – GERA V
TRATAMENTO FORA DO DOMICILIO - TFD**

**MANUAL DE REGULAMENTAÇÃO DO TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO
DO ESTADO DA PARAÍBA**

JOÃO PESSOA/PB

2024



**GOVERNADOR DA PARAÍBA
JOÃO AZEVÊDO LINS FILHO**

**VICE-GOVERNADOR DA PARAÍBA
LUCAS RIBEIRO NOVAIS DE ARAÚJO**

**SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE
JHONY WESLLYS BEZERRA COSTA**

**SECRETÁRIA EXECUTIVA DA SAÚDE
RENATA VALÉRIA NÓBREGA**

**SECRETÁRIO EXECUTIVO DE GESTÃO DE REDE DE UNIDADES DE SAÚDE
PATRICK AUREO LACERDA DE ALMEIDA PINTO**

**SUPERINTENDENTE DE REGULAÇÃO
VIVIAN KELLY REZENDE COSTA**

**GERENTE EXECUTIVA DE REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA -
GERAV
LIDIANE NASCIMENTO CASSIMIRO**

**COORDENADOR DO PROGRAMA DO TFD CENTRAL
VICTOR GOMES DA SILVA BEZERRA**



COLABORADORES:

ANA CLÁUDIA SOARES MADRUGA GUEDES PEREIRA (ASSISTENTE SOCIAL)

ANA DO SOCORRO SOARES NUNES (ASSISTENTE SOCIAL)

MARIA ISABEL DE SOUZA (COORDENADORA DO CERAC/PB)

PATRÍCIA SOARES DI LORENZO (ASSISTENTE ADMINISTRATIVO)

**VICTOR GOMES DA SILVA BEZERRA (COORDENADOR DO PROGRAMA DO
TFD CENTRAL)**

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CERAC: Central de Regulação interestadual e de Alta Complexidade

CA/TFD: Comissão de Avaliação do TFD

CMA/TFD: Comissão Médica Autorizadora do TFD

GEFIN: Gerência de Finanças da Secretaria de Estado da Saúde

GRS: Gerência Regional de Saúde

FNS: Fundo Nacional de Saúde

FPO: Ficha de Programação Orçamentária

MS: Ministério da Saúde

OPM: Órteses, próteses e Materiais Especiais

PAB: Piso de Atenção Básica

SES/PB: Secretaria de Estado de Saúde da Paraíba

SIGTAP: Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS

SUS: Sistema Único de Saúde

TFD: Tratamento Fora do Domicílio

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	5
1. CONSIDERAÇÕES SOBRE O TFD	6
2. CADASTRO E ATUALIZAÇÃO DE PROCESSO NO TFD	7
3. FORMA DE CUSTEIO DO TFD	8
4. DESLOCAMENTO E TIPO DE TRANSPORTE	9
5. DO DIREITO A ACOMPANHANTE	10
6. AJUDA DE CUSTO	11
7. RESSARCIMENTO DE DESPESAS	13
7.1. FLUXO DE SOLICITAÇÃO DE RESSARCIMENTO	13
8. ALTA	14
9. ÓBITO DO PACIENTE	14
10. INDEFERIMENTO DE PROCESSO	15
11. COMPETÊNCIAS	15
11.1 GESTOR ESTADUAL	15
11.2 GESTOR MUNICIPAL	17
12. COMISSÃO DE AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DO TFD	17
12.1. COMISSÃO DE AVALIAÇÃO	17
12.2. COMISSÃO MÉDICA AUTORIZADORA	18
13. SETOR DE SERVIÇO SOCIAL	18
14. CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE – CERAC	19
15. CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
REFERÊNCIAS	22
ANEXOS	23

APRESENTAÇÃO

De acordo com o Art. 196 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, “a saúde é direito de todos e **dever do Estado**, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao **acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação**”. Nos Artigos 198 a 200, a Carta Magna de 1988 atribuiu ao **Sistema Único de Saúde a coordenação e a execução das políticas para proteção e promoção da saúde no Brasil**.

Ademais, é através do **Ministério da Saúde**, órgão do Poder Executivo Federal, que **são organizados e elaborados planos e políticas públicas direcionados para a promoção, prevenção e assistência à saúde de toda a população brasileira**.

Diante disso, com o intuito de **garantir o acesso dos pacientes aos serviços de saúde de média e alta complexidade não disponibilizados no seu Estado de origem**, o Ministério da Saúde, por meio da **Portaria SAS/MS nº 55, de 24 de fevereiro de 1999, normatiza o Tratamento Fora de Domicílio (TFD)**, assegurando, portanto, **o direito à saúde em outras Unidades da Federação**.

Em consonância com a referida portaria, o TFD **viabiliza o custeio de despesas relativas ao deslocamento dos usuários TFD**, tais como transporte aéreo, terrestre e fluvial e diárias para pacientes e acompanhantes.

Este manual define, portanto, as responsabilidades da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba, das Gerências Regionais de Saúde (GRS) e das Secretarias Municipais de Saúde, além de delinear critérios para autorização, organização dos fluxos e rotinas de trabalho relativas ao TFD.

Este é mais um mecanismo de gestão que compõe o conjunto de práticas de promoção da saúde adotado pelo governo da Paraíba que cumpre os princípios preconizados pela Política Nacional de Humanização (PNH),

**Jhony Wesllys Bezerra Costa
SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE**

1. CONSIDERAÇÕES SOBRE O TFD

O Tratamento Fora do Domicílio - TFD/SES/PB diz respeito a um dos mecanismos de gestão de promoção de saúde adotado pelo governo do Estado da Paraíba e destina-se atender aos portadores de doenças consideradas de média e alta complexidade que necessitam de tratamento não disponível no seu Estado de origem.

Importante ressaltar que o serviço TFD não poderá ser disponibilizado para tratamento acessível no Estado da Paraíba, visto que o §3º da Portaria SAS/MS nº 55 de 24 de fevereiro de 1999, que dispõe sobre a rotina do TFD no SUS.

Considerando que o TFD não tem a competência de regular o acesso dos pacientes aos serviços do SUS e que os procedimentos dos usuários deverão ser realizados na modalidade eletiva ou seja, programados e não de urgência, salienta-se que é imprescindível que o paciente que pretende se cadastrar no TFD possua agendamento na unidade hospitalar que irá realizar o tratamento no outro município ou Estado.

Em caso do transporte de UTI aérea, ambulâncias ou quaisquer outros meios de transporte que exijam cuidados especiais com equipe médica acompanhando o paciente, o TFD/PB fará a solicitação do suporte da Central de Operação de Frotas - COFIH/SES/PB por meio da Central Estadual de Regulação para que seja realizado o traslado do paciente.

No tocante às despesas permitidas pelo TFD, tais como o fornecimento de passagens aéreas, terrestre e fluvial, diárias para paciente e acompanhante, elas só podem ser autorizadas após deferimento do acesso ao serviço e de acordo com a disponibilidade orçamentária do Estado.

Vale destacar que as diárias só serão liberadas mediante a apresentação do relatório emitido pela unidade hospitalar executante no prazo de, no máximo, 30 dias após a data de alta ou liberação do tratamento ambulatorial.

Este manual também define as responsabilidades da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba, das Gerências Regionais de Saúde (GRS) e das Secretarias Municipais de Saúde, além de delinear critérios para autorização, organização dos fluxos e rotinas de trabalho relativas ao TFD.

2. CADASTRO E ATUALIZAÇÃO DE PROCESSO NO TFD

A solicitação deverá ser feita nas Gerências Regionais de Saúde de onde reside o usuário e serão encaminhados para o setor de protocolo da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba para abertura do processo. Os documentos essenciais estão abaixo descritos:

- Formulário de requerimento (padrão SES) que será preenchido pelo requerente;
- Xerox da Carteira de Identidade (Paciente e acompanhante);
- Xerox do CPF (Paciente e acompanhante);
- Xerox do Cartão SUS (Paciente e acompanhante);
- Xerox do Comprovante de conta bancária/cartão ou impresso do banco

(Paciente ou acompanhante), daquele que for definido como credor. (Só será aceita conta poupança da Caixa ou do Bradesco. Conta corrente poderá ser de qualquer banco. Conta benefício ou empresarial não serão aceitas.

- Xerox do comprovante de residência atualizado (paciente);
- Laudo médico TFD (preenchido por médico especialista)
- Exames que comprovam a patologia.
- Agendamento da unidade hospitalar onde será feito o tratamento fora do domicílio.

Cópias que não estão legíveis ou a falta da apresentação de qualquer documento acima impossibilita a inscrição no TFD Interestadual.

Caso seja necessário, o médico da Comissão Médica Autorizadora do TFD poderá solicitar exames que subsidiem melhor a análise.

Os processos dos pacientes com indicação para transplante serão encaminhados primeiro para parecer da Diretoria da Central de Transplante. O médico da equipe autorizadora do TFD tem a competência de acatar ou diferir.

A atualização do cadastro no TFD será feita **anualmente pelo paciente e encaminhado** pelas Gerências Regionais de Saúde para abertura do processo no setor de protocolo da Secretaria de Estado da Saúde. Serão necessários:

- Formulário de requerimento (padrão SES);
- Xerox da Carteira de Identidade ou CNH (Paciente e acompanhante);
- Xerox do CPF (Paciente e acompanhante), quando não estiver no RG;
- Xerox do Cartão SUS (Paciente e acompanhante);
- Xerox do Comprovante de conta bancária/cartão ou impresso do banco (Paciente ou acompanhante), aquele que ficar definido como credor;
- Xerox do comprovante de residência atualizado (paciente);
- Laudo médico TFD atualizado pelo médico assistente. Caso o médico assistente do paciente seja só do outro Estado a atualização será feita pelo médico da Unidade de Saúde onde o paciente faz o tratamento fora do domicílio;
- Relatório médico/alta fazendo constar os procedimentos, condutas e resultados e, principalmente, justificativa de necessidade de retorno ou se pode ser acompanhado em seu Estado de origem.

3. FORMA DE CUSTEIO DO TFD

De acordo com o Art. 1º da Portaria que dispõe sobre a rotina do TFD no SUS, as despesas relativas ao deslocamento dos pacientes usuários do SUS para TFD deverão ser cobradas através do sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS, a partir da definição do teto financeiro de cada Estado.

As despesas que são custeadas pelo TFD/SES/PB atualmente são:

- Transporte aéreo e terrestre;
- Diária para paciente não internado;
- Diária para acompanhante, doador e acompanhante de doador.

As fontes de recursos destinadas aos pagamentos do TFD/SES/PB são as seguintes:

- **Fonte 500:** origina-se dos impostos do Tesouro Estadual da PB;
- **Fonte 600:** recursos repassados pelo Ministério da Saúde, via Fundo Nacional de Saúde (FNS).

4. DESLOCAMENTO E TIPO DE TRANSPORTE

O deslocamento dos usuários inscritos no Programa TFD/SES/PB é definido após o deferimento da Comissão Médica, mediante **indicação do médico assistente do paciente**, não sendo permitido aos usuários decidirem a posteriori outro tipo de transporte para se deslocarem até o serviço referenciado, salvo em casos específicos em que o paciente justifica através de laudo médico.

O valor para cobrir as despesas de transporte é calculado com base no valor unitário pago a cada 50 km para transporte terrestre, 20 milhas náuticas para transporte fluvial, ou 200 milhas para transporte aéreo percorrido.

Dito isto, os usuários que forem transportados via aéreo receberão o localizador das passagens aéreas de ida, preferencialmente, na semana anterior ao deslocamento. As passagens de volta só serão emitidas após liberação do paciente pela unidade hospitalar executora.

Os usuários que utilizam transporte terrestre farão reserva de vaga nos veículos disponibilizados pelas suas gerências com pelo menos um dia de antecedência. As planilhas com os dados dos pacientes são enviadas pelo TFD para a GERAV e para o setor de transporte. Este último é o responsável pela logística.

As gerências que não disponibilizam o transporte encaminham para o TFD Central as solicitações dos pacientes para o ressarcimento da despesa com o deslocamento, que se restringe a passagem de ônibus interestadual e comprovante de abastecimento, sendo com a data do dia da consulta ou no final do dia anterior.

Caso o paciente não aceite o meio de transporte disponibilizado pelo TFD/PB, ele precisará formalizar sua discordância por escrito, declarando o motivo.

Caso o TFD não consiga atender a demanda e a justificativa seja deferida, tanto o ressarcimento da locomoção aérea quanto terrestre serão previstos.

5. DO DIREITO A ACOMPANHANTE

No tocante ao **direito a acompanhante**, como regra, o TFD **autoriza apenas 01 acompanhante por paciente**. Caso o paciente necessite de um segundo acompanhante, é **necessário** que ele encaminhe ao TFD **declaração médica justificando a demanda**.

Ressalta-se que a solicitação de um segundo acompanhante **será apreciada pela Comissão de Avaliação do TFD** (coordenação e serviço social) e encaminhada para parecer da **Comissão Médica Autorizadora do TFD**.

A liberação do acompanhante está referenciada pela legislação vigente. Algumas circunstâncias essenciais serão consideradas, tais como:

- Quando o paciente se submeter a cirurgia;
- Quando for menor de 18 e maior de 60 anos de idade;
- Quando for considerado incapaz e com transtorno mental;
- Quando for acometido de Doenças de Base crônicas;
- Quando tiver problemas cognitivos.

Isto posto, o TFD/PB adota algumas condições para que a pessoa acompanhe os seus pacientes usuários, tais como:

- Estar com boa condição física e mental;
- Ser maior de 18 anos;
- Não residir fora do Estado de origem do paciente.

As pessoas maiores de 60 anos deverão declarar, por escrito, que têm capacidade física e mental para acompanhar.

Para liberação de diárias dos doadores e seus acompanhantes, é imprescindível que a unidade hospitalar executante formalize a necessidade.

6. AJUDA DE CUSTO

A ajuda de custo é a contribuição disponibilizada pelo TFD para paciente devidamente inscrito no TFD, que não está hospitalizado, o seu acompanhante, o doador e seu acompanhante, quando estes se deslocam para tratamento nas unidades hospitalares noutro Estado.

Não há diferença na diária a ser paga, todos os mencionados acima recebem igual valor, que será depositado na conta definida como credora, desde que o seu nome esteja referenciado na declaração de comparecimento.

Importante destacar que se o paciente estiver em tratamento ambulatorial num período longo precisará enviar ao TFD o relatório justificando a permanência para que a equipe de ajuda de custo dê celeridade ao processo.

A cada 30 dias o serviço de referência do tratamento a nível ambulatorial deverá enviar relatório para o TFD a fim de viabilizar o pagamento.

A ajuda de custo tem seu valor baseado na tabela do SIGTAP (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS) que tem os valores reajustados pela Portaria MS/SAS nº 2.848/07, com os seguintes códigos:

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR TABELA SIGTAP
08.03.01.006.0	Ajuda de custo para alimentação/pernoite de acompanhante (para Tratamento CNRAC)	R\$ 24,75
08.03.01.002.8	Ajuda de custo para alimentação de usuário do TFD sem pernoite	R\$ 8,40
08.03.01.004.4	Ajuda de custo para alimentação/pernoite de acompanhante	R\$ 24,75



08.03.01.001.0	Ajuda de custo para alimentação/pernoite de usuário do TFD	R\$ 24,75
08.03.01.003.6	Ajuda de custo para alimentação/pernoite de usuário (p/Tratamento CNRAC)	R\$ 24,75
08.03.01.005.2	Ajuda de custo para alimentação de acompanhantes/pernoite	R\$ 8,40
08.03.01007.9	Unidade de remuneração p/ deslocamento de acompanhante por transporte aéreo (cada 200 milhas)	R\$ 181,50
08.03.01.008.7	Unidade de remuneração p/ deslocamento de usuário por transporte aéreo (cada 200 milhas)	R\$ 181,50
08.03.01.009.5	Unidade de remuneração p/ deslocamento de acompanhante por transporte fluvial (cada 27 milhas náuticas)	R\$ 3,70
08.03.01.011.7	Unidade de remuneração p/ deslocamento de usuário por transporte fluvial (cada 27 milhas náuticas)	R\$ 3,70
08.03.01.010.9	Unidade de remuneração p/ deslocamento de acompanhante por transporte terrestre (cada 50 KM de distância)	R\$ 4,95
08.03.01.012.5	Unidade de remuneração p/ deslocamento de usuário por transporte terrestre (cada 50 KM de distância)	R\$ 4,95
08.03.01.013.3	Unidade de remuneração p/ deslocamento interestadual de	R\$ 181,50



	acompanhante por transporte aéreo (cada 200 milhas) - (p/tratamento CNRAC)	
08.03.01.014.1	Unidade de remuneração p/ deslocamento interestadual de usuário por transporte aéreo (cada 200 milhas) - (p/tratamento CNRAC)	R\$ 181,50

Fica vedado o pagamento de TFD em deslocamentos menores de 50 km de distância.

7. RESSARCIMENTO DE DESPESAS

O TFD só reembolsará as despesas pagas pelos pacientes em situações excepcionais. São elas:

- Quando a equipe avaliadora do TFD defere os argumentos expressos na declaração de renúncia, datada e assinada pelo paciente usuário TFD, relatando a necessidade de se deslocar por conta própria;
- Quando a SES não dispõe de veículos no município em que o paciente reside;
- Em caso de óbito, mediante autorização prévia da Comissão Avaliadora do TFD.

7.1. FLUXO DE SOLICITAÇÃO DE RESSARCIMENTO

- Quando o paciente se deslocar para outro Estado em empresas de transporte rodoviário, deverá anexar a solicitação do ressarcimento da passagem, o bilhete de ida e volta e a declaração de comparecimento do atendimento.
- Quando o paciente se deslocar para outro Estado em carro próprio após justificativa e autorização da equipe avaliadora, deverá anexar a solicitação do ressarcimento, a declaração de comparecimento, o cupom fiscal de abastecimento na ida (este cupom deverá ser do abastecimento na cidade de

origem, na noite anterior à viagem ou no mesmo dia) e o cupom fiscal de abastecimento do retorno, quando necessário, (este cupom deverá ser do abastecimento próximo ao hospital do tratamento noutro Estado, na data do retorno conforme declaração médica).

- Nos casos de óbito, deverá ser emitido nota fiscal em nome do familiar/responsável legal descrito quais serviços foram executados pela funerária.

Vale destacar que o ressarcimento deverá ser solicitado até 30 dias da data do procedimento médico realizado noutro Estado e ele não está previsto em quaisquer outras situações que não estejam dentro das condições elencadas acima.

Caso o paciente **contraia despesas com a antecipação da compra de sua passagem aérea** e com **o seu deslocamento terrestre** para tratamento médico noutro Estado **sem a anuência do TFD/CERAC**, ele assumirá todas as responsabilidades com custos provenientes desta escolha.

8. ALTA

O serviço de referência onde o paciente está em tratamento deverá comunicar ao TFD/PB a alta hospitalar para que seja providenciada a emissão da passagem aérea de retorno. Aos pacientes que viajam via transporte terrestre e que dispõem de carro na gerência, basta apresentar ao TFD/PB o resumo de alta. Feito isso, será encaminhada a demanda ao setor de transporte para providenciar o retorno ao seu município de origem.

Os pacientes que não dispõem de carro na gerência solicitarão o ressarcimento da despesa com a passagem e/ou combustível até o município de origem. Será anexado ao processo de ressarcimento o relatório da alta hospitalar.

9. ÓBITO DO PACIENTE

Em caso de óbito do usuário TFD que estiverem em tratamento médico noutro Estado a responsabilidade com o traslado será do Gestor Estadual, através da Coordenação do TFD/GERAV e as despesas permitidas são de preparação do corpo, urna e traslado até o aeroporto de origem.

Em casos de óbito em TFD intraestadual, a responsabilidade do transporte será do Município através da Secretaria Municipal de Saúde. Vale salientar que despesas relativas a flores, túmulo, emolumentos cartoriais, dentre outros, não serão previstas para serem ressarcidas pelo TFD.

O deslocamento dentro do Estado de origem é responsabilidade do município.

Caso a família não faça contato prévio à contratação do serviço com o setor TFD/GERAV, só será efetuado pagamento das despesas descritas neste Manual. A nota fiscal deverá ser emitida em nome da família.

Se o **laudo médico do paciente estiver desatualizado**, tanto o médico da equipe autorizadora quanto a coordenação poderão emitir parecer com o intuito de dar celeridade ao processo de ressarcimento.

10. INDEFERIMENTO DE PROCESSO

O parecer de indeferimento dado pela Equipe Médica Autorizadora/TFD será comunicado às GRS pelo Setor de Serviço Social, através de e-mail ou WhatsApp.

11. COMPETÊNCIAS

11.1 GESTOR ESTADUAL

Cabe à SES em relação às Gerências Regionais de Saúde:

- Orientar e capacitar os servidores que atuam nas regionais a respeito do fluxo de trabalho;
- Realizar a abertura dos processos de todas as gerências.

Cabe à SES, através da Coordenação do TFD/PB/ GERAV

- Analisar os processos TFD, dar encaminhamento e informar sobre o andamento deles aos interessados;
- Após parecer favorável da equipe médica do TFD, disponibilizar deslocamentos em TFD interestadual para os usuários;
- Emitir o BPA-I relacionado aos deslocamentos em TFD Interestaduais e ajuda de custo;

- Realizar a análise dos pedidos de ressarcimento dos processos em TFD Interestadual;
- Gerir administrativamente e financeiramente os recursos do TFD Interestadual;
- Gestão de pessoal da equipe do TFD Estadual;

Cabe à SES, através da Gerência de Planejamento e da Gerência de Regulação da Secretaria de Estado da Saúde:

- Programar as despesas com TFD definindo a fonte de recursos;
- Apresentar no SIA/SUS (via BPA-I) os serviços produzidos pelo TFD;
- Fazer e atualizar a FPO
- Revisar a PPI do TFD.

Cabe à SES, através da Gerência de Finanças da Secretaria de Estado da Saúde-GEFIN:

- Efetuar os pagamentos das solicitações de ajuda de custo e ressarcimento dos usuários TFD;
- Enviar planilha consolidada por GRS, mensalmente, dos pagamentos efetuados por meio de transferência bancária a Coordenação do TFD Estadual/GERAV/GEROREG para programação orçamentária.

Cabe à SES, através da Subgerência de Contabilidade, que é subordinada à Gerência de Finanças da Secretaria de Estado da Saúde - GEFIN:

- Efetuar conferência dos pagamentos efetuados pela GEFIN em comparação aos valores informados pelas GRS;

Cabe à SES, através da Coordenadoria da Assessoria Técnica de Controle Interno, que é subordinada ao Gabinete do Secretário:

- Realizar eventuais auditorias das solicitações de pagamento de Ajuda de Custo.

11.2 GESTOR MUNICIPAL

Após definido seu teto para TFD, cabe às Secretarias Municipais de Saúde:

- Prover os recursos orçamentários necessários para funcionamento do programa do TFD nos deslocamentos interestaduais, garantindo transporte e ajuda de custo (caso necessário) ao usuário e seu acompanhante;
- Analisar os processos de TFD com base na PPI e em conformidade com as rotinas explicitadas no Manual de Regulação Municipal;
- Manter arquivo dos processos de TFD;
- Programar a FPO (ficha de programação orçamentária);
- Preencher o BPA-I e encaminhar para o processamento;
- Encaminhar para a gerência o cadastro dos usuários que necessitarem de TFD interestadual e acompanhar o processo através das informações prestadas pela gerência.

12. COMISSÃO DE AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DO TFD

A Comissão de Avaliação é composta pelo coordenador, assistentes sociais e assistentes administrativos do TFD e a comissão médica autorizadora é composta por equipe médica de diversas especialidades. Essas comissões são responsáveis pela análise, avaliação e liberação dos processos dos usuários TFD.

12.1. COMISSÃO DE AVALIAÇÃO

A Comissão de Avaliação do TFD é responsável:

- Avaliação dos pedidos de TFD
- Analisar a solicitação, os procedimentos ambulatoriais e a necessidade de ir para fora do Estado.
- Analisar a existência do serviço no Estado da Paraíba.
- Solicitar informações complementares aos pacientes, unidades de saúde, municípios e gerências regionais de saúde

12.2. COMISSÃO MÉDICA AUTORIZADORA

A Comissão Médica Autorizadora do TFD é responsável pela avaliação e liberação dos processos e tem a competência para:

- Emitir parecer técnico em relação ao deferimento e indeferimento dos processos de pacientes;
- Solicitar informações complementares com o médico assistente do usuário em outras unidades hospitalares;
- Solicitar, se necessário, consulta presencial com o paciente ou acompanhante.

13. SETOR DE SERVIÇO SOCIAL

O Setor de Serviço Social do TFD é constituído por assistentes sociais que se articulam com diversos setores da SES/PB e das GRS, no intuito de viabilizar o direito dos usuários ao TFD. Suas principais atividades são:

- Subsidiar a equipe médica autorizadora e a coordenação na atividade de análise dos processos;
- Acolhimento dos pacientes usuários com encaminhamento médico para acesso ao benefício;
- Orientar os servidores das gerências sobre os fluxos dos trâmites burocráticos na abertura do processo de cadastro, bem como disponibilizar a transcrição das orientações estabelecidas no programa sobre os direitos e deveres dos usuários;
- Informar aos interessados sobre o indeferimento dos processos, através de e-mail ou contato telefônico;
- Emitir parecer técnico em situações que exijam intervenção do setor de serviço social na garantia de direitos dos usuários;
- Contribuir com os setores que integram o TFD, a fim de dar celeridade aos trâmites burocráticos.

14. CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE – CERAC

Para instituir o fluxo interestadual de usuários do SUS aos serviços de alta complexidade contemplados no elenco de procedimentos CNRAC e processos de trabalho, bem como o caráter eletivo de atendimento, foi instituída a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade – CNRAC (PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO No 2, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017- ANEXO I DO ANEXO XXVI - Origem: PRT MS/GM 2309/2001).

Nos estados, a CNRAC é representada pelas Centrais Estaduais de Regulação da Alta Complexidade – CERAC, que respondem pela regulação do acesso de usuários que necessitam de procedimentos de alta complexidade fora de seu estado de origem.

A CERAC Paraíba está subordinada à GERAV e atuando como solicitante, com vistas a ser executante de acordo com a Habilitação do Hospital Metropolitano Dom José Maria Pires pela portaria 738/GM/MS e pela 387/GM/MS no ano de 2023, este serviço é responsável pelo cadastramento de usuários no SICNRAC para garantia do acesso de vaga em local disponível, no território nacional, conforme oferta de vaga pelas Unidades Executantes.

Atribuições da CERAC/PB, enquanto solicitante

- Inserir o laudo de solicitação no SISCNRAC, de acordo com os critérios estabelecidos;
- Avaliar os laudos de solicitação inseridos no SISCNRAC, considerando os critérios de inclusão estabelecidos;
- Articular com o serviço de TFD interestadual as condições de deslocamento do usuário para atendimento, bem como seu retorno após a alta hospitalar;
- Articular com as estratégias de regulação do acesso instituídas na Paraíba, os procedimentos prévios e a continuidade da assistência após o atendimento realizado por meio da CNRAC;
- Operacionalizar o SISCNRAC e manter as informações atualizadas;

- Monitorar, continuamente, os laudos inseridos no sistema, desde sua inserção até a finalização do atendimento.

Atribuições da CERAC/PB, enquanto executante

- Articular com as estratégias de regulação do acesso instituídas no Estado da Paraíba o agendamento dos atendimentos dos usuários encaminhados pela CNRAC;
- Articular a inclusão de serviços de saúde habilitados para atendimento dos usuários encaminhados pela CNRAC;
- Informar a relação dos estabelecimentos de saúde que realizam atendimentos para a CNRAC;
- Definir, com os estabelecimentos de saúde executantes, os fluxos assistenciais e administrativos decorrentes do atendimento aos usuários encaminhados pela CNRAC;
- Operacionalizar o SISCNRAC e manter as informações atualizadas;
- Monitorar, continuamente, os laudos inseridos no sistema.

Somente poderão ser inscritos na CNRAC:

- As solicitações de atendimento em caráter eletivo para usuários que necessitem de assistência hospitalar de alta complexidade, em outro Estado, quando houver ausência ou insuficiência da oferta destes procedimentos dentro do estado de residência do usuário;
- Os procedimentos solicitados por profissionais médicos vinculados às instituições próprias ou credenciados no SUS/PB, com registro no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES);
- Os procedimentos cujos códigos compõem o elenco com atributo CNRAC, de acordo com as portarias e protocolos vigentes do Ministério da Saúde.

A as especialidades a serem reguladas pela CNRAC foi baseada nos procedimentos de alta complexidade hospitalar mais demandados fora de domicílio (demanda espontânea interestadual) e o estudo do impacto financeiro, de acordo com os dados de produção nacional do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS).

As especialidades contempladas são:

- Cardiologia
- Oncologia
- Neurologia
- Traumato-ortopedia

Para os casos de inclusão na CNRAC, o processo deverá seguir as portarias e protocolos vigentes do Ministério da Saúde disponíveis no site <http://cnrac.datasus.gov.br/cnrac> e, com informações e documentos obrigatórios para cadastro no sistema. Quando avaliado e autorizado pela CERAC/PB, o processo é cadastrado no sistema on-line da CNRAC/MS sendo direcionado à Central Nacional para avaliação e encaminhamento às Unidades executantes no País. Para procedimentos existentes no Estado, o processo será cadastrado somente após avaliação por serviço de referência na especialidade quando atestada a insuficiência e/ou indisponibilidade.

15. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os pacientes que necessitem trocar ou realizar outro procedimento de alta complexidade indisponível no Estado da Paraíba deverão abrir novo processo de cadastro e seguir os mesmos trâmites burocráticos. Os casos omissos neste manual deverão ser avaliados individualmente pela equipe técnico/administrativa do TFD/SES/PB.

REFERÊNCIAS

- 11.1. Art. 196, 198 e 200 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988
- 11.2. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2004
- 11.3. Manual de Normatização do Tratamento Fora do Domicílio do Estado da Bahia
- 11.4. Manual de Regulação do TFD - DF
- 11.5. Manual TFD Tocantins
- 11.6. Portaria nº 1820 de 13 de agosto de 2009 do Ministério da Saúde, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde
- 11.7. Portaria / SAS / Nº. 055 de 24 de fevereiro de 1999
- 11.8. Projeto de Lei nº 4.182 de 2019 que regulamenta o custeio de despesas dos pacientes em rotina de Tratamento Fora do Domicílio - TFD
- 11.9. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2004.



ANEXOS



**GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA
GERÊNCIA EXECUTIVA DE REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA - GERAV
TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO – TFD/PB**

Paciente

Nome:

Endereço:

Identidade:

CPF:

Cartão SUS: _____

D.N: _____/_____/_____

Fone: (____) _____

1- Histórico da Doença Atual:

2- Exame Físico:

3- Diagnostico Provável: _____ CID: _____

4- Exame(s) Complementar (os) Realizados.

Anexar Cópias:

5- Tratamentos Realizados:

6- Tratamento indicado:

7- Duração provável do tratamento:

8- Justificar as razões que impossibilitaram a realização do tratamento/exame na localidade:

9- Justificar em caso de necessidade de acompanhante:

10- Transporte recomendável: CARRO () VAN () AÉREO () ÔNIBUS ()

Justificar o transporte recomendado: _____

11- Outras anotações: _____

12- Assinatura e carimbo com especialidade médica correlata com o procedimento solicitado ao tratamento.

Local e Data: _____/_____/_____

OBS.: O LAUDO MÉDICO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO MÉDICO ESPECIALISTA DE FORMA LEGÍVEL E SEM RASURAS.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**DECLARAÇÃO DE RENÚNCIA DO TRANSPORTE OFERECIDO
PELO TFD/SES/PB**

Eu, _____, declaro
para os devidos fins, que não aceito o transporte disponibilizado pelo TFD/SES/PB
para me deslocar até a unidade hospitalar _____,
localizada na cidade de _____, para realização do meu
tratamento médico pelo seguinte
motivo: _____

**Estou ciente que não serei ressarcido caso essa justificativa seja indeferida pela
equipe avaliadora do TFD.**

_____, ____/____/____

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

DECLARAÇÃO PARA ACOMPANHANTES COM MAIS DE 60 ANOS

Eu, _____, declaro
para os devidos fins, que estou em pleno gozo de minha saúde física e mental, tenho
condições _____ de _____ acompanhar _____ o
paciente _____

para tratamento médico fora do Estado e estou ciente de que o TFD/SES/PB não se
responsabilizará por quaisquer intercorrências geradas pela condição de minha idade.
Diante disso, é necessário que eu o (a) acompanhe o (a) porque:

_____, ____/____/____

ASSINATURA DO ACOMPANHANTE



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE

Pelo presente Termo de Compromisso e Responsabilidade eu,

.....

..... Inscrito no CPF
nº..... RG de nº....., responsável por
.....usuário do Sistema Único de Saúde – SUS,
inscrito no Programa Fora de Domicílio, TFD/PB, assumo voluntariamente, perante o TFD/
SES/PB, os seguintes compromissos:

- Renovar a cada ano o Laudo Médico TFD, que deverá ser preenchido pelo médico assistente do paciente. O Laudo desatualizado não dará direito a ajuda de custo. Caso o paciente seja acompanhado apenas pelo médico de outro Estado as passagens serão liberadas com a condição de renovação até 30 dias do retorno da viagem;
- Encaminhar mensalmente, via e-mail centraltfdpb@gmail.com, a Declaração de Permanência, com as datas de internação e acompanhamento médico, emitida pela Unidade Hospitalar onde está sendo realizado o tratamento;
- Apresentar, via Email ou pessoalmente, no máximo de um mês após o retorno ao Estado da Paraíba, os TICKETS de embarque (ida e retorno), aéreo ou terrestre, de todas as passagens que forem disponibilizadas pelo TFD;

Fica o usuário, seu representante legal e/ou acompanhante, desde já cientes de que:

- **Só será autorizado TFD** para realização de procedimentos médicos que **forem realizados através do SUS;**
- **O acompanhante deve ser maior de 18 anos de idade. Caso sejam maiores de 60 anos de idade, apresentar declaração** informando as condições de saúde necessárias para o acompanhamento;
- O TFD não se responsabilizará por hospedagem em outro Estado, ficando a critério do paciente a escolha do local que esteja de acordo com as suas condições financeiras;
- O paciente e o acompanhante terão direito, cada um, a ajuda de custo no valor de R\$ 24,75 durante todo o tratamento, contudo, se o paciente permanecer internado só serão pagas as diárias ao seu acompanhante;
- Para que o acompanhante, doador e acompanhante de doador façam jus às diárias, é imprescindível que conste os seus nomes na declaração emitida pela Unidade Hospitalar;

- Caso o paciente precise mudar de acompanhante, encaminhar email para centraltdpb@gmail.com justificando o motivo da troca e enviar Identidade, CPF e cartão SUS, legíveis, do novo acompanhante;
- Em regra, não será permitida a permanência noutro Estado após a alta hospitalar e/ou ambulatorial, devendo enviar o Relatório Médico ao TFD Interestadual, via e-mail para solicitar a liberação das passagens de retorno ao Estado da Paraíba, logo após o último procedimento realizado;
- **O TFD não libera passagens aéreas para realização de procedimentos fora do Estado com prazo inferior a 30 (trinta) dias da última viagem.** Sugere-se que paciente e acompanhante permaneçam no Estado de destino, só retornando ao Estado de origem quando for agendado retorno para um prazo superior a 30 dias;
- Fica vedado o direito à liberação de próximas passagens aéreas pelo Programa TFD enquanto não seja prestado conta dos bilhetes das passagens, que serão liberadas após a entrega.
- **Caso o paciente mude, definitivamente, de residência para outro Estado, não terá mais direito ao TFD da Paraíba.**
- Se o paciente perder o voo terá que arcar, junto a agência aérea que fornece as passagens, com a taxa e a diferença no valor da tarifa da passagem;
- **Em caso de óbito, despesas relativas a flores, túmulos, emolumentos cartoriais, dentre outros, não serão previstas para serem ressarcidas pelo TFD.**
- O reembolso das despesas pagas pelos pacientes em situações excepcionais: Quando a equipe avaliadora do TFD defere os argumentos expressos na declaração de renúncia, datada e assinada pelo paciente usuário TFD, relatando a necessidade de se deslocar por conta própria; quando a SES, por motivo alheio, não atende a demanda de transporte nos municípios em que é solicitado pelo paciente, antecipadamente, carro para deslocamento até o Estado onde será realizado tratamento; quando a SES não dispõe de veículos no município em que o paciente reside e em caso de óbito.
- Caso o paciente contraia despesas com a antecipação da compra de sua passagem aérea e com o seu deslocamento terrestre para tratamento médico noutro Estado sem a anuência do TFD/CERAC, ele assumirá todas as responsabilidades com custos provenientes desta escolha.

_____, ____/____/____

ASSINATURA DO PACIENTE OU ACOMPANHANTE



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Ao Excelentíssimo

Secretário de Estado de Saúde da Paraíba

_____, ____/____/____.

Assunto:

- Cadastro no TFD**
- Atualização de Cadastro no TFD**
- Ajuda de Custo**
- Solicitação de Transporte Aéreo**
- Solicitação de Transporte Terrestre**
- Ressarcimento**
- Ressarcimento com despesas de Serviços Funerário**
- Inclusão e exclusão de acompanhante**

DADOS DO PACIENTE

Nome: _____ **Identidade:** _____
CPF _____ **Cartão SUS** _____

Email: _____

Endereço: _____
Bairro: _____ **Cidade:** _____ **CEP** _____

Contatos: _____

Vem por meio deste, solicitar a Vossa Excelência os itens acima destacados.

OBSERVAÇÕES: _____

ASSINATURA DO REQUERENTE



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CADASTRO NO TFD

1. O processo será aberto no setor de protocolo da Secretaria de Estado da Saúde de João Pessoa ou na gerência de saúde do seu município;
2. Formulário de requerimento (padrão SES) que será preenchido pelo requerente;
3. Xerox da Carteira de Identidade (Paciente e acompanhante);
4. Xerox do CPF (Paciente e acompanhante);
5. Xerox do Cartão SUS (Paciente e acompanhante);
6. Xerox do Comprovante de conta bancária/cartão ou impresso do banco (Paciente ou acompanhante), aquele que for definido como credor;
7. Xerox do comprovante de residência atualizado (paciente);
8. Laudo médico TFD (preenchido por médico especialista)
9. Exames que comprovam a patologia;
10. Agendamento da unidade hospitalar onde será feito o tratamento fora do domicílio.

OBS: As xerox deverão estar legíveis

CONTATOS DO TFD CENTRAL: (83) 993662461

(83) 988226911(Whatsapp disponível apenas para passagens aéreas)

(83) 31333476 (Whatsapp disponível apenas para agendamento da reserva de vaga em transporte terrestre)

E-mail: centraltfdpb@gmail.com



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ATUALIZAÇÃO DO CADASTRO NO TFD

(ANUALMENTE)

1. O processo será aberto no setor de protocolo da Secretaria de Estado da Saúde;
2. Formulário de requerimento (padrão SES);
3. Xerox da Carteira de Identidade ou CNH (Paciente e acompanhante);
4. Xerox do CPF (Paciente e acompanhante), quando não estiver no RG;
5. Xerox do Cartão SUS (Paciente e acompanhante);
6. Xerox do Comprovante de conta bancária/cartão ou impresso do banco (Paciente ou acompanhante), aquele que ficar definido como credor. A CONTA POUPANÇA PODERÁ SER DA CAIXA OU DO BRADESCO.
OBS.: NÃO SERÁ ACEITA CONTA DE BENEFÍCIO (BOLSA FAMÍLIA) OU CONTA EMPRESARIAL;
7. Xerox do comprovante de residência atualizado (paciente);
8. **Laudo médico TFD atualizado** (pelo médico da Unidade de Saúde onde o paciente faz o tratamento fora do domicílio com **CID e nome do paciente**);
9. Relatório médico/alta fazendo constar os procedimentos, condutas e resultados e, principalmente, justificativa de necessidade de retorno ou se pode ser acompanhado em seu Estado de origem.

OBS: As xerox deverão estar legíveis, de preferência escaneadas.

CONTATOS DO TFD CENTRAL: (83) 993662461

(83) 988226911(Whatsapp disponível apenas para passagens aéreas)

(83) 31333476 (Whatsapp disponível apenas para agendamento da reserva de vaga em transporte terrestre)

E-mail: centraltfdpb@gmail.com

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

AJUDA DE CUSTO

1. O processo será aberto no setor de protocolo da Secretaria de Estado da Saúde;
2. Formulário de requerimento (padrão SES);
3. Xerox da Carteira de Identidade ou CNH (Paciente e acompanhante);
4. Xerox do CPF (Paciente e acompanhante), quando não estiver no RG;
5. Xerox do Cartão SUS (Paciente e acompanhante);
6. Xerox do Comprovante de conta bancária/cartão ou impresso do banco (Paciente ou acompanhante), aquele que ficar definido como credor.

A CONTA POUPANÇA PODERÁ SER DA CAIXA OU DO BRADESCO.

OBS.: NÃO SERÁ ACEITA CONTA DE BENEFÍCIO (BOLSA FAMÍLIA) OU CONTA EMPRESARIAL

7. Xerox do comprovante de residência atualizado (paciente);
8. Declaração de comparecimento (Após 30 dias do atendimento médico noutra Estado as declarações não serão mais aceitas)

ATENÇÃO!

- **As xerox deverão estar legíveis, de preferência escaneadas.**
- **O acompanhante, doador ou acompanhante de doador só receberão diária se o nome constar na declaração de comparecimento.**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

RESSARCIMENTO

1. O processo será aberto no setor de protocolo da Secretaria de Saúde;
2. Formulário de requerimento (padrão SES);
3. Xerox da Carteira de Identidade (Paciente);
4. Xerox do CPF (Paciente);
5. Xerox do Cartão SUS (Paciente);
6. Xerox do Comprovante de conta bancária/cartão ou impresso do banco (Paciente ou acompanhante);
7. Xerox do comprovante de residência atualizado (paciente);
8. Declaração emitida pela unidade hospitalar, constando nome do paciente e da ACOMPANHANTE e data de comparecimento;
9. Em caso de paciente que viaja aéreo, trazer comprovantes de embarque;
10. Documentos fiscais de aquisição de passagens e abastecimento de gasolina (os originais);

ATENÇÃO!

- O usuário terá direito ao ressarcimento quando os transportes aéreo ou terrestre não forem disponibilizados pelo TFD;
- **O processo de ressarcimento deverá ser aberto separado dos demais;**
- Os documentos do acompanhante só serão necessários caso seja ele o credor;



**GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA
GERÊNCIA EXECUTIVA DE REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA - GERAV
CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE - CERAC/PB**

LAUDO MÉDICO – CERAC

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME DO PACIENTE: _____

NOME DA MÃE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ___ / ___ / ___ **CARTÃO SUS:** _____ **MUNICÍPIO DE NASCIMENTO:** _____ **UF:** _____

SEXO: ___ **ALTURA:** ___ **PESO:** _____ **TIPO SANGUINEO:**

(obrigatório)

CONTA CORRENTE/ POUPANÇA (CÓPIA DO CARTÃO):

ENDEREÇO: _____ **Nº** _____ **BAIRRO:**

___ **MUNICÍPIO:** _____ **CEP:** _____

TELEFONE (ESSENCIAL): _____

IDENTIDADE: _____ **ÓRGÃO EMISSOR:** _____ **DATA DA**

EXPEDIÇÃO: _____ **UF:** _____ **CPF:** _____

CERTIDÃO DE NASCIMENTO:

NÚMERO: _____ **LIVRO:** _____ **FOLHA:** _____

CARTÓRIO: _____ **DATA DE EMISSÃO:** _____

MÉDICO SOLICITANTE (PREENCHER):

NOME DO MÉDICO: _____

CPF: _____

CRM: _____

PROCEDIMENTO SOLICITADO: _____

DIAGNÓSTICO CID 10: _____

INFORMAÇÕES ADICIONAIS (OBRIGATÓRIO):

DIAGNÓSTICO RELACIONADO AO PROCEDIMENTO SOLICITADO:

CLASSE FUNCIONAL E FUNÇÃO VENTRICULAR:

MEDICAÇÃO EM USO COM DOSE:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO:

**PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS (CASO SEJA CARDIOPATIA,
ACRESCENTAR CIANOSE E CLASSE FUNCIONAL:**

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

**PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DE
DIAGNÓSTICO(EXAMES):**

CONDIÇÕES:HEMODINÂMICA

PADRÃO RESPIRATÓRIO:_____

FUNÇÃO RENAL E HEPÁTICA:_____

ESTADO NEUROLÓGICO SUMÁRIO:_____

HEMOGRAMA COMPLETO:_____

CREATININA_____

GLICEMIA DE JEJUM:_____

ELETROCARDIOGRAMA:_____

**HISTÓRIA PROGRESSIVA ATUAL SIGNIFICATIVA, ESPECIALMENTE QUANTO AO
USO DE ALERGIA E MEDICAMENTOS, BEM COM ALERGIA A CONTRASTE,
ANESTÉSICOS E ANTI SÉPTICOS:**

**RELATÓRIO DE RISCO CIRÚRGICO, SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO DA
SOCIEDADE AMERICANA DE ANESTESIOLOGIA ABA 1,2,3,4 E 5:**

DATA, CARIMBO E ASSINATURA MÉDICA.

_____/_____/_____

MÉDICO

• CONTATOS**✓ CONTATOS TFD/PB**

- [Email - centraltfdpb@gmail.com](mailto:centraltfdpb@gmail.com)
- 83 99366-2461 – Central TFD
- 83 3133-3476 – Agendamento de Transporte Terrestre (Whats)
- 83 98822-6911 – Passagens Aéreas

✓ CONTATOS CERAC/PB

- [Email – cerac.pb.27@gmail.com](mailto:cerac.pb.27@gmail.com)
- 83 99365-8364

**SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE****GOVERNO
DA PARAÍBA****• CONTATOS DAS GERÊNCIAS REGIONAIS DE SAÚDE**

GRS	EMAIL	CONTATO
1ª GRS	1grstfd@gmail.com	3133-3480
2ª GRS	segundagerenciadesaude@gmail.com	
3ª GRS	3grscg@gmail.com	3344-5454
4ª GRS	nrs.cut@gmail.com	
5ª GRS	quintagrspb@hotmail.com	
6ª GRS	tfd6grs@gmail.com	3423-2243
7ª GRS	7grs@ses.pb.gov.br	3452-2398
8ª GRS	8grstfd@gmail.com	
9ª GRS	tfd9grs@hotmail.com	
10ª GRS	saude10grs@gmail.com	99165-2443
11ª GRS	decimaprimeiragerenciaregionaltfd@hotmail.com	
12ª GRS	12grs-Itabaiana@hotmail.com	

**SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE****GOVERNO
DA PARAÍBA****JHONY WESLLYS BEZERRA COSTA**
Presidente da CIB/PB**SORAYA GALDINO DE ARAUJO LUCENA**
Presidente do COSEMS/PB