INSTRUÇÃO NORMATIVA – SSI Nº 03/2015

Versão: 001
Aprovação em: 20/10/2015
Ato de aprovação: Decreto n º 374/2015
Unidade Responsável: Sistema de Saúde

I - FINALIDADE:

Dispor sobre as rotinas e os procedimentos a serem realizados pelo Sistema de Saúde Pública quanto ao Transporte e Ajuda de Custo para tratamento fora do domicílio (*TFD*).

II - ABRANGÊNCIA:

A presente instrução normativa abrange todos os usuários do município e agentes públicos do Poder Executivo e Fundo de Previdência.

III – CONCEITOS:

3.1- **O Tratamento Fora do Domicílio – TFD** é o instrumento legal que visa garantir, pelo Sistema Único de Saúde – SUS, o tratamento de média e alta complexidade a pacientes usuários portadores de doenças não tratáveis no Município de Paranaíta/MT.

3.2- Consideram-se usuários do Sistema Único de Saúde – SUS municipal os pacientes residentes no Município de Paranaíta/MT, atendidos na rede pública, ambulatorial e hospitalar, conveniada ou contratada do SUS que necessitam de Tratamento Fora de Domicílio - TFD, de conformidade com os princípios da universalidade e integralidade do atendimento estabelecido na Carta Magna vigente.

IV – BASE LEGAL:

A presente instrução tem como base legal as seguintes leis e suas posteriores alterações:

- Constituição Federal da República;
- Portaria/SAS/Nº 055 de 24 de fevereiro de 1999;
- Resolução CIB/MT nº. 005/2005 e 037/2007
- Lei Municipal 697/2013;

V - RESPONSABILIDADES:

5.1 - DA UNIDADE RESPONSÁVEL PELA INSTRUÇÃO NORMATIVA:

5.1.1- Promover discussões técnicas com a unidade executora, juntamente com os Auditores da Saúde e com a unidade de controle interno, para definir as rotinas de trabalhos e os respectivos procedimentos de controle que devem ser objeto de alteração, atualização ou expansão.

5.2 - DAS UNIDADES EXECUTORAS:

5.2.1- Alertar a unidade responsável pela Instrução Normativa sobre alterações que se fizerem necessárias nas rotinas de trabalho, objetivando sua otimização, tendo em vista, principalmente, o aprimoramento dos procedimentos de controle e o aumento da eficiência operacional;

5.2.2- Manter a Instrução Normativa à disposição de todos os funcionários da unidade, zelando pelo fiel cumprimento da mesma;

5.2.3- Cumprir fielmente as determinações da Instrução Normativa, em especial quanto aos procedimentos de controle e quanto à padronização dos procedimentos na geração de documentos, dados e informações.

5.3 - DA UNIDADE DE CONTROLE INTERNO- UCI:

5.3.1- Prestar o apoio técnico por ocasião das atualizações da Instrução Normativa em especial no que tange à identificação e avaliação dos pontos de controle e respectivos procedimentos de controle;

5.3.2.- Através da atividade de auditoria interna, avaliar os pontos de forma a mensurar a eficácia dos procedimentos adotados inerentes ao TFD.

VI – PROCEDIMENTOS

6.1- Da Indicação do TFD

6.1.1- Os usuários munidos de solicitação de atendimento de especialidade devidamente preenchido por profissional médico que não são realizados na sede do município de origem deverão ser encaminhados para a Central de Regulação do Município, onde caberá a mesma submeter a avaliação do médico regulador do município. Sendo autorizada pelo médico regulador a Central de Regulação Municipal fará o agendamento através de suas Centrais Referenciadas.

6.1.2- O Executivo poderá realizar o transporte de usuários do SUS por meios próprios, passagens rodoviárias, passagens aéreas ou contratação de meios habituais ou esporádicos que supram a necessidade.

6.2- Da indicação da Ajuda de Custo

6.2.1- A Central de Regulação após realizar o agendamento do atendimento solicitado identificará a necessidade ou não de ajuda de custo. Somente farão jus à ajuda de custo os usuários que não forem atendidos pelos programas de casas de apoios já contratadas pelo município para esse fim.

6.2.2- Será concedido ajuda de custo para acompanhante mediante solicitação médica.

6.3- Formalização do Processo para concessão de Ajuda de Custo:

a) Cartão do Agendamento de Consulta ou encaminhamento de consulta especializada e/ou comprovação de agendamento da Central de Regulação Municipal.
b) Comprovação da Central Municipal de Regulação de não possuir casa de apoio.
c) Preenchimento do Anexo I – Solicitação de ajuda de custo pelo usuário.

d) Cálculo do valor a qual o Usuário/Acompanhante fará jus;

e) Cópias do RG, CPF e Cartão SUS.

f) Comprovante de residência (com telefone para contato).

g) Pedido da Ajuda de Custo com anuência da responsável pela Central de Regulação do Município a ser encaminhado à Área Financeira;

h) O Relatório de Contra Referencia será entregue pela Central de Regulação do Município ao usuário que deverá retornar do seu atendimento com relatório devidamente preenchido pelo Médico assistente.

6.4 – Da Autorização

6.4.1- O ***TFD*** só poderá ser autorizado quando houver garantia de atendimento nos municípios pólo e/ou Capital (Órgão de Destino) com data e horário definidos previamente, sendo deferidos somente para pacientes usuários em tratamento no Sistema Único de Saúde – SUS.

6.5- Do Transporte Terrestre

6.5.1- Serão fornecidas preferencialmente - para usuários em ***TFD*** – passagens de ônibus rodoviários comuns;

6.5-2 – O Transporte somente será fornecido para o Estado de Mato Grosso.

6.5.3- As passagens terrestres serão liberadas, ida e volta conforme itinerário, ficando sob responsabilidade do usuário o agendamento na rodoviária.

6.5.4- No retorno da viagem os usuários deverão entregar no setor do ***TFD*** os canhotos das passagens para fins de prestação de contas.

6.6- Do Transporte Aéreo

6.6.1- Passagens aéreas somente serão fornecidas para os seguintes casos:

a) aqueles casos nos quais o estado de saúde do usuário o impeça de viajar de ônibus;

b) quando a demora de deslocamento traga risco extremo à saúde;

c) em regime de urgência, quando ocorrer o agendamento de consulta em curto tempo, e que o paciente não chegará a tempo por via terrestre;

6.6.2- Os pedidos das passagens aéreas deverão ser minuciosamente justificados pelo médico assistente que deverá comprovar a gravidade do estado de saúde fundamentado em Relatório Médico, e será submetido à rigorosa análise por parte do médico regulador.

6.6.3- Aqueles usuários que receberem passagens aéreas deverão entregar na Central de Regulação do Município, após o retorno da viagem, os canhotos das mesmas, para fins de

prestação de contas.

6.6.4- Os usuários que foram encaminhados via transporte aéreo, terão direito a volta via transporte aéreo somente com solicitação médica.

6.6.5 - O Transporte somente será fornecido para o Estado de Mato Grosso.

6.7- Documentos Necessários para transporte Terrestre/aéreo:

a) Cópias do RG e CPF.

b) Comprovante de residência (com telefone para contato).

c) Cartão do Agendamento de Consulta ou encaminhamento de consulta especializada e/ou comprovação de agendamento da Central de Regulação Municipal.

d) Todos os formulários Anexos serão retirados na Central de Regulação do Município.

6.8- Das Passagens Aéreas de Ida e Volta

6.8.1- As passagens aéreas serão liberadas a ida e volta somente ao usuário que souber o seu tempo de permanência na localidade de destino, considerando que é vedada a remarcação de passagem.

6.8.2-Nos casos em que não houver previsão de retorno, só serão liberadas as passagens de ida com posterior solicitação à Central de Regulação do Município, depois de confirmada a alta hospitalar e/ou atendimento ao qual foi agendado.

6.8.3- A solicitação retorno aéreo será concedida no prazo de até 03 (três) dias.

6.8.4 - O Transporte somente será fornecido para o Estado de Mato Grosso.

6.9- Da Troca do Meio de Transporte Terrestre por Aéreo

6.9.1- Os usuários que forem liberados em transporte terrestre e por solicitação médica escrita e justificada e que necessitem de retorno em transporte aéreo, se autorizada, deverão devolver as passagens terrestres não utilizadas.

6.9.2- Os usuários que foram encaminhados via transporte terrestre, terão direito a volta via transporte aéreo somente com solicitação médica.

6.9.3- Em caso de pacientes "usuários" clinicamente descompensados deverá ser avaliada a possibilidade de compensação do quadro antes da viagem.

6.9.4 – A troca somente será feita para viagens no Estado de Mato Grosso.

6.10 - Do Transporte Próprio ou locado

6.10.1- A Central Municipal de Regulação agendará o transporte e informará ao usuário o horário e o local de saída do veículo, sendo os respectivos pontos definidos e comunicados

com antecedência pela Central municipal de Regulação.

6.10.2- O usuário será levado até o local de sua consulta e/ou atendimento, respeitando a data prevista pelo agendamento.

6.10.3 - Depois de liberado, o usuário será apanhado no local previamente combinado e transportado de volta ao Município;

6.10.4- Caso ocorra a falta de algum dos usuários o motorista deverá fazer a devida observação, e em anexo a lista de passageiros descrever o nome do faltante, dia, hora e local de saída do veículo municipal.

6.10.5- O Transporte somente será fornecido para o Estado de Mato Grosso.

6.11- Critérios para a liberação de passagens para Acompanhante

a) Usuário menor de idade;

b) Usuário maior de 60 anos;

c) Usuário portador de déficit motor, visual, auditivo ou mental;

d) Usuário que possa apresentar qualquer déficit acima mencionado no decorrer de seu tratamento enquanto estiver fora do município de origem;

e) Epilético;

f) Usuário - Dependentes químicos;

g) Usuários que serão submetidos à quimioterapia ou radioterapia;

h) Em casos excepcionais será liberado mediante pedido médico

I) As passagens serão liberadas somente para o Estado de Mato Grosso.

6.12- Da Liberação de Passagens para 02 acompanhantes

a) Usuário Doador de órgão definitivo para procedimento cirúrgico;

b) Usuário Lactante de mãe menor de idade;

c) Usuário Criança de mãe menor de idade nos casos de internação em serviços que exija acompanhante;

d) Usuários com Casos de doença rara que seja necessário a presença dos pais;

e) Usuário de grande peso com dependência total.

f) As passagens serão liberadas somente para o Estado de Mato Grosso.

h) Em casos excepcionais será liberado mediante pedido médico.

6.13- Do Controle as Concessões do Benefício de *TFD*

6.13.1- O Sistema de Saúde Pública manterá registro de tratamentos realizados fora do domicílio, assim como dos transportes realizados com ônus para o município.

6.13.2- O Transporte para o tratamento fora do domicílio que necessitar de realização interestadual deverá ser custeado pelo Estado.

6.13.3- A primeira saída do usuário será liberada ajuda de custo de 01 a 07 diárias. Em caso de retorno será liberado ajuda de custo de até no máximo 10 diárias através do formulário de Referência e Contra Referência.

6.13.4- Para cada ajuda de custo liberada o usuário deverá apresentar documentação necessária para prestação de contas. Nos casos de extravio de canhoto de passagem (necessários para prestação de contas), o usuário deverá apresentar Boletim de Ocorrência.

6.13.5- No ato de recebimento dos valores correspondentes ao TFD, o usuário ou seu acompanhante deverão conferir e posteriormente prestar contas e/ou devolução de valores recebidos do TFD caso não comprove o deslocamento para o tratamento de saúde.

6.14- Das Restrições e Não autorização do Beneficio *TFD*

6.14.1- Fica vedado o transporte ou a liberação de passagens a usuários não cadastrados no setor de ***TFD***.

6.14.3- Para pagamento de UTI móvel;

6.14.4- Para pagamento de diárias a pacientes usuários durante tempo em que estiverem hospitalizados no município de destino;

6.14.5- Em tratamentos que utilizem procedimentos assistenciais contidos no Piso de Atenção Básica (PAB);

6.14.6- Para custeio de despesa de acompanhante, quando não houver indicação médica ou para custeio de despesas com transporte do acompanhante, quando este for substituído;

6.14.7- quando o deslocamento for inferior a 50 km (cinqüenta quilômetros) de distância da cidade de origem.

6.14.8- A ajuda de custo retroativa somente será autorizada por um período máximo de 30 (trinta) dias a contar da data da Declaração Médica (Anexo II)

6.15- Da Complementação de Ajuda de Custo

6.15.1- Nos casos em que o usuário, devido a sua patologia, necessite ficar mais de 10 (dez) dias fora do Município para continuidade de seu tratamento, será liberada ajuda de custo, de 30 em 30 dias, desde que encaminhe a Secretaria de Saúde a solicitação e declaração médica originais e Complementação de Ajuda de custos (**ANEXO II**), comprovando a necessidade do benefício.

6.16- Dos Pedidos de *TFD* Indeferidos

6.16.1- Os pedidos de ***TFD*** indeferidos serão comunicados ao usuário e serão arquivados no setor de ***TFD*** da Central de Regulação do Município.

6.17- Da Continuidade do Benefício

6.17.1- Para a continuidade do benefício do ***TFD*** o usuário deve entregar na de Central Regulação do município de origem assim que retornar de viagem os seguintes documentos:

6.17.2- Relatório/Contra-Referência (devidamente preenchido pelo médico assistente/carimbado e datado), contendo as especificações do tratamento concluído e/ou interrompido e as razões das interrupções;

6.17.3- Canhoto das passagens para fins de prestação de contas.

6.18- Do Direito a Novos Benefícios

6.18.1- Somente terão direito ao recebimento de novos benefícios de ***TFD*** (passagens e ajuda de custo) aqueles usuários estritamente em dia com a documentação, relatórios contra/referência e demais documentos pertinentes solicitados pelo setor de ***TFD***.

6.19- Do Retorno

6.19.1- O retorno de consulta deve ser agendado pelo próprio usuário na instituição de tratamento, e/ou com apresentação do Relatório/Contra Referência ficando sob responsabilidade da Central de Regulação do Município a confirmação desse agendamento para posterior liberação de passagens e ajuda de custo;

6.19.2- O relatório contra referência que vier com agendamento programado também será confirmado pelo setor de ***TFD*** para posterior liberação de passagens e ajuda de custo;

6.19.3- Caso o usuário retorne ao município de origem sem agendamento da consulta, ficará sob sua responsabilidade agendar e/ou a Central de Regulação solicitar via fax, e-mail ou por telefone a declaração da Instituição confirmando a data do agendamento de consulta para posterior liberação de passagens e ajuda de custo.

6.20- Da Responsabilidade do Município de Destino

6.20.1- Ao término do tratamento, a Unidade Médica Assistencial encaminhará o usuário ao órgão (domicílio) de origem com o "Relatório de Atendimento" devidamente preenchido, esclarecendo o tratamento realizado.

VII – CONSIDERAÇÕES FINAIS:

7.1- Em caso de óbito do usuário em Tratamento Fora do Domicílio, será assistido por Lei Especifica.

7.2- Somente serão autorizados os tratamentos fora de domicílio relativos a procedimentos relacionados nas Tabelas Descritivas de Procedimentos Ambulatoriais – SAI e SIH/SUS.

7.3- Integram a presente Instrução Normativa os seus anexos **I** (Solicitação de Ajuda de Custo - TFD) e **II** (Declaração Médica e Complementação de Ajuda de custos).

Em caso de dúvidas e/ou omissões geradas por esta Normativa Interna deverão ser solucionadas junto ao Controle Interno.

Esta instrução entra em vigor a partir da data de sua aprovação e publicação.

Paranaita–MT 20 de Outubro de 2015

TANIA MARIA ZANETTE
Secretária de Controle Interno
Decreto Municipal: 001/2013

FRANCIS REGIS LEON MIRON
Controlador Interno
Decreto Municipal: 088/2015

Aprovado

ANTONIO DOMINGO RUFATTO
Prefeito Municipal

ANEXO I

Solicitação de Ajuda de Custo – TFD

NOME DO USUÁRIO			**Nº DA IDENTIDADE** **Nº DO CPF**
NOME DO ACOMPANHANTE			**Nº DA IDENTIDADE**
MUNICÍPIO DE ORIGEM	**MUNICÍPIO DE DESTINO**		
ESPECIALIDADE CLINICA / EXAMES			
LOCAL DE ATENDIMENTO	**Conta Corrente:** **Banco:** **Agencia:**		
NOME	**QUANTIDADE**	**VALOR UNITÁRIO**	**VALOR TOTAL**
USUÁRIO			
ACOMPANHANTE(s)			
TOTAL			

Autorização
__/__/____
Data

_____
Assinatura e Carimbo do Responsável pelo Pagamento
Central de Regulação Municipal – SMS

SOLICITEI A IMPORTÂNCIA DE:
R$_____**(**_____**)**

__/__/____
Data

_____
Assinatura do Usuário

_____
Assinatura do Acompanhante

ANEXO II

DECLARAÇÃO MÉDICA (Relatório Referência/Contra Referência)

Ao
TFD/SMS de Paranaíta-MT

Declaro que o/a paciente ____
Que realiza tratamento nesta instituição______________________________
permaneceu (ou deve permanecer aproximadamente) por____(________) dias
para esta consulta, necessários ao seu tratamento.

O/a paciente esteve **internado(a)?** ( ) Não
( ) Sim --> período: _/_/_ a _/_/_ Durante o período de internação, o/a **acompanhante permanece(eu) pernoitando e alimentando-se** neste hospital?
( ) Não ( ) Sim
Data da próxima consulta: ___/___/_____ Telefone/Horário para contato com o médico:____
Informar medicamento em uso pelo paciente:__________________________
____
Por ser verdade, firmo a presente.

__________________, _____de______________de________

Carimbo e assinatura do médico____________________________________

Obs: caso carimbo esteja fraco, escrever o nome por extenso e o CRM.

- -

Para uso exclusivo do Paciente e/ou seu Acompanhante

COMPLEMENTAÇÃO DE AJUDA DE CUSTO
(Alimentação/Pernoite)

Usuário:____
Eu,____, portador do
RG nº _________________, CPF nº:______________________, venho requerer
Complementação de ajuda de custo, conforme declaração médica acima.
Nº conta corrente:________________ Nº agência:________________
Banco:_________________________________

__________________,_____de________________de________

Assinatura: ____
Fones para contato:____
E-mail:____

Obs.: Entregar no TFD este formulário, preenchido e assinado pelo médico caso a viagem (consulta) dure mais de 07 dias se for aérea, e mais de 10 dias se for terrestre.