



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAÍTA
ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE



RESOLUÇÃO CMS N° 027, DE 08 DE DEZEMBRO DE 2022.

Dispõe sobre o Manual de Normatização do Tratamento Fora do Domicílio – TFD do Município de Paranaíta/MT, e dá outras providências.

O **CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARANAÍTA – MT**, no uso de suas atribuições legais que lhe confere a Lei Municipal n° 962, de 07 de agosto de 2017, considerando:

I - Seção II da Constituição Federal em seu Art. 196, que diz “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”;

II - Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”;

III - Lei n° 8.142, de 29 de dezembro de 1990, que “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências”;

IV - Decreto Federal n° 7.508, de 28 de junho de 2011, que “regulamenta a Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa”;

V - Lei Complementar n° 141, de 13 de janeiro de 2012, que “regulamenta o §3º do art. 198, da constituição Federal, para dispor sobre valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde”;

VI - Resolução do CNS n° 453, de 10 de maio de 2012, que “aprova as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde”;

VII - Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de Paranaíta – MT:

VIII - Portaria SAS/MS n° 055, de 24 de fevereiro de 1999, que “Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências”;

IX - Resolução CIB/MT n° 061, de 16 de dezembro de 2003, que “Dispõe sobre a regulamentação para a concessão do auxílio para Tratamento Fora de Domicílio (TFD) no Estado de Mato Grosso, no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS/MT”;

X - Resolução CIB/MT n° 359, de 10, de novembro de 2022, que “Dispõe sobre a atualização do Manual de Normatização de Tratamento Fora do Domicílio (TFD) do Estado de Mato Grosso, no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS/MT”;



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAÍTA
ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE



XI - Lei Municipal nº 1.124, de 02 de março de 2020, que “Dispõe sobre a Regulamentação da Concessão do Benefício para Tratamento Fora do Domicílio – TFD, e dá outras providências”;

XII - Deliberação da reunião ordinária do dia 08 de dezembro de 2022.

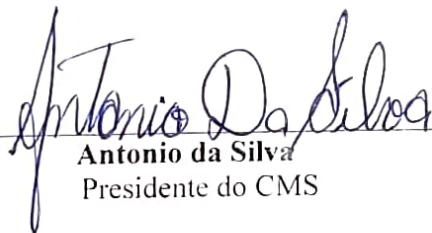
RESOLVE:

Art. 1º Aprovar o Manual de Normatização do Tratamento Fora do Domicílio – TFD do Município de Paranaíta/MT, conforme anexo desta Resolução.

Art. 2º Recomendar ao Secretário Municipal de Saúde, nos termos do inciso IX do Art. 12 da Lei nº 962/2017 e do estabelecido no inciso XII da Quarta Diretriz da Resolução CNS nº 453/2012, a homologação e publicação desta Resolução.

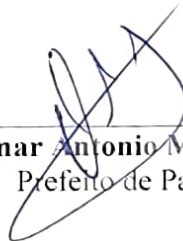
Art. 3º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Sala da Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde de Paranaíta – MT, em 08 de dezembro de 2022.


Antonio da Silva
Presidente do CMS


Andreia Fabiana dos Reis
Secretária Municipal de Saúde

Homologado:


Osmar Antonio Moreira
Prefeito de Paranaíta

Prefeitura Municipal de Paranaíta

Estado de Mato Grosso

Secretaria Municipal de Saúde

Sistema Municipal de Controle, Avaliação e Auditoria do SUS

Complexo Regulador

TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO

TFD

MANUAL

**NORMATIZAÇÃO DO TRATAMENTO FORA DO
DOMICÍLIO – TFD
DE PARANAÍTA / MT**



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAÍTA
ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Sistema Municipal de Controle, Avaliação e Auditoria do SUS

PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAÍTA

OSMAR ANTONIO MOREIRA
Prefeito

ANDREIA FABIANA DOS REIS
Secretária Municipal de Saúde

MARINES DOS SANTOS
Coordenadora do Complexo Regulador

ALESSANDRA DOS REIS BEZERRA
Controle e Avaliação do SUS

VALDECIR CORREIA PAZ
Auditor em Saúde Pública

PARANAÍTA / MT, 2022



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAÍTA
ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Sistema Municipal de Controle, Avaliação e Auditoria do SUS

ELABORAÇÃO:

Andreia Fabiana dos Reis

Alessandra dos Reis Bezerra

Valdecir Correia Paz

REVISÃO

Marines dos Santos

COLABORAÇÃO:

Membros da Equipe da Central Municipal de Regulação



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAÍTA
ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Sistema Municipal de Controle, Avaliação e Auditoria do SUS

SUMÁRIO

1.	MISSÃO DO SERVIÇO DE TFD.....	04
2.	APRESENTAÇÃO	04
3.	DEFINIÇÃO	04
4.	DA CONCESSÃO	05
4.1	Para concessão do Transporte Sanitário	05
4.1.1	Concessão de passagem terrestre por empresa terceirizada	05
4.1.2	Concessão de transporte terrestre coletivo	06
4.1.3	Concessão de transporte terrestre individual	06
4.1.4	Concessão de passagem aérea.....	07
4.2	Para concessão de Ajuda de Custo	08
4.3	Para concessão de Ajuda de Custo ao Renal Crônico	09
4.4	Para concessão de Hospedagem (Serviços de Casa de Apoio).....	10
4.5	Para concessão de benefícios TFD para acompanhante	10
4.6	Para concessão de traslado em caso de óbito.....	11
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	11
6.	LEGISLAÇÃO REFERENCIADA	12
7.	ANEXOS DE FORMULÁRIOS	13



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAÍTA
ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Sistema Municipal de Controle, Avaliação e Auditoria do SUS

1. MISSÃO DO SERVIÇO DE TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO - TFD

Viabilizar assistência integral à saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS de Paranaíta/MT, possibilitando o acesso aos serviços de saúde especializados em outras Unidades da Federação, quando não houver oferta pactuada do serviço especializado na Rede do SUS e/ou Conveniada de Paranaíta/MT.

2. APRESENTAÇÃO

O Tratamento Fora do Domicílio - TFD, constitui-se como um recurso de exceção oferecido por meio das diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, com amparo legal na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, Portaria SAS/MS nº 055, de 24 de fevereiro de 1999, Resolução CIB/MT nº 061, de 16 de dezembro de 2003, Resolução CIB/MT nº 359, de 10, de novembro de 2022 e a Lei Municipal nº 1.124, de 02 de março de 2020.

O Complexo Regulador da Secretaria Municipal de Saúde de Paranaíta é responsável pela gestão do TFD Municipal.

A criação deste Manual tem como objetivo orientar o gestor, profissionais e usuários do SUS, sobre os critérios de utilização do Serviço de TFD, a fim de garantir o acesso com equidade e transparência.

3. DEFINIÇÃO

O benefício de Tratamento Fora de Domicílio consiste em fornecimento de transporte para deslocamento, ajuda de custo para alimentação e/ou pernoite e hospedagem em casa de apoio conveniada com o município exclusivamente aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus acompanhantes (se necessário), cadastrados no Sistema de Gestão de Serviços de Saúde – SIGSS, para a realização de atendimento de saúde especializado em média e alta complexidade em Unidades de Saúde da Rede SUS e/ou conveniadas de acordo com a Central Municipal de Regulação de Paranaíta – CMR/PTA.

Estes benefícios somente serão concedidos quando esgotados todos os meios de tratamento na Rede Pública ou Conveniada ao SUS no Município e Estado de Mato Grosso, exceto quando o usuário do SUS estiver aguardando a disponibilidade da vaga em lista de espera oficial do SUS e em virtude da gravidade do quadro e do não agendamento em tempo oportuno, o mesmo buscar atendimento na rede privada e requerer formalmente o benefício do TFD municipal, podendo ser concedido o benefício após análise criteriosa do CMR/PTA.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAÍTA
ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Sistema Municipal de Controle, Avaliação e Auditoria do SUS

4. DA CONCESSÃO

4.1. Para concessão do Transporte Sanitário

Após a confirmação do agendamento do atendimento, será liberado o transporte conforme necessidade do usuário e disponibilidade da Secretaria Municipal de Saúde, exclusivamente para atendimentos da rede SUS e/ou conveniada.

O Transporte aéreo somente será fornecido para aqueles casos nos quais o estado de saúde do usuário o impeça de viajar de ônibus de linha, frota municipal, ambulância ou quando a demora de deslocamento traga risco extremo à saúde, devendo estar minuciosamente justificado pelo médico assistente que deverá comprovar a gravidade do estado de saúde pela apresentação de exames complementares pertinentes e Laudo Médico (Anexo V) bem fundamentado, que será submetido à rigorosa análise por parte da Equipe Reguladora.

4.1.1 Concessão de passagem terrestre por empresa terceirizada (ônibus de linha):

O usuário ou seu representante legal deverá comparecer ao CMR/PTA, com antecedência mínima de 20 (vinte) dias, exceto em casos de agendamentos imprevistos, munido dos seguintes documentos para formalização do processo de concessão de transporte:

- a) Cópias do RG ou CNH, CPF e Cartão SUS;
- b) Comprovante de Residência ou Declaração de Residência (Anexo III);
- c) Comprovante de Agendamento do Atendimento.

Após a entrega dos documentos, os mesmos serão analisados e após deferimento, o usuário será comunicado pela CMR/PTA e deverá comparecer a Secretaria Municipal de Saúde no prazo estabelecido para a retirada da autorização de marcação de passagem, sendo responsabilidade do usuário o agendamento das passagens.

Serão liberadas passagens de ida e volta conforme itinerário. Quando o usuário não possuir a data de retorno ao município de origem, será fornecida a passagem somente de ida. Quando confirmada a data de retorno, o usuário deverá solicitar a passagem para o município de origem com no mínimo 02 (dois) dias de antecedência.

Em caso de indeferimento, a CMR/PTA comunicará formalmente o usuário e/ou responsável.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAÍTA
ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Sistema Municipal de Controle, Avaliação e Auditoria do SUS

No retorno da viagem o usuário ou responsável legal deverão entregar no CMR/PTA os canhotos das passagens para fins de prestação de contas, caso não utilize as passagens, deverá devolve-las na CMR/PTA.

Nos casos de extravio de canhoto de passagem (necessários para prestação de contas), o usuário deverá apresentar Comprovante de Viagem emitido pela Agência de Transporte ou Boletim de Ocorrência comunicando a perda ou extravio.

Fica condicionado nova concessão a correta prestação de contas pelo usuário para a CMR/PTA.

4.1.2 Concessão de transporte terrestre coletivo (Frota Municipal):

O usuário ou seu representante legal deverá comparecer ao CMR/PTA, com antecedência mínima de 20 (vinte) dias, exceto em casos de agendamentos intempestivos, munido dos seguintes documentos para formalização do processo de concessão de transporte:

- a) Cópias do RG ou CNH, CPF e Cartão SUS;
- b) Comprovante de Residência ou Declaração de Residência (Anexo III);
- c) Comprovante de Agendamento do Atendimento.

Após a entrega dos documentos, os mesmos serão analisados e após deferimento, o usuário será comunicado pela CMR/PTA sobre o local, horário e data de saída e retorno da viagem, sendo responsabilidade do usuário o comparecimento no local, horário e data indicados, com no mínimo 30 (trinta) minutos de antecedência.

Em caso de indeferimento, a CMR/PTA comunicará formalmente o usuário e/ou responsável.

4.1.3 Concessão de transporte terrestre individual (Frota Municipal):

O usuário ou seu representante legal deverá comparecer ao CMR/PTA, com antecedência mínima de 20 (vinte) dias, exceto em casos de agendamentos intempestivos, munido dos seguintes documentos para formalização do processo de concessão de transporte:

- a) Laudo Médico requerendo transporte terrestre individual, devidamente preenchido, com no máximo 30 (trinta) dias de emissão (Anexo IV);
- b) Cópias do RG ou CNH, CPF e Cartão SUS;
- c) Comprovante de Residência ou Declaração de Residência (Anexo III);



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAÍTA
ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Sistema Municipal de Controle, Avaliação e Auditoria do SUS

d) Comprovante de Agendamento do Atendimento.

Após a entrega dos documentos, os mesmos serão analisados e após deferimento, o usuário será comunicado pela CMR/PTA sobre o local, horário e data de saída e retorno da viagem, sendo responsabilidade do usuário o comparecimento no local, horário e data indicados, com no mínimo 30 (trinta) minutos de antecedência.

Em caso de indeferimento, a CMR/PTA comunicará formalmente o usuário e/ou responsável.

4.1.4 Concessão de passagem aérea:

O usuário ou seu representante legal deverá comparecer ao CMR/PTA, com antecedência mínima de 20 (vinte) dias, exceto em casos de agendamentos intempestivos, munido dos seguintes documentos para formalização do processo de concessão de transporte:

- a) Laudo Médico requerendo transporte aéreo, devidamente preenchido pelo médico assistente do seu PSF de referência, com no máximo 30 (trinta) dias de emissão (Anexo V);
- b) Cópias do RG ou CNH, CPF e Cartão SUS;
- c) Comprovante de Residência ou Declaração de Residência (Anexo III);
- d) Comprovante de Agendamento do Atendimento.

Após a entrega dos documentos, os mesmos serão analisados e após deferimento, o usuário será comunicado pela CMR/PTA e deverá comparecer no prazo estabelecido para a retirada das passagens, que serão marcadas pela própria Secretaria Municipal de Saúde, em datas que atendam ao princípio da economicidade e disponibilidade da Companhia Aérea.

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, em caso de no-show (não comparecimento), assumirá o pagamento da multa de remarcação.

Quando o usuário não possuir a data de retorno ao município de origem, será fornecida a passagem somente de ida. Quando o usuário estiver liberado para retorno ao domicílio, o usuário deverá solicitar a passagem para a CMR/PTA, que providenciará a passagem aérea conforme disponibilidade da Companhia Aérea e atendendo ao princípio da economicidade.

Em caso de indeferimento, a CMR/PTA comunicará formalmente o usuário e/ou



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAÍTA
ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Sistema Municipal de Controle, Avaliação e Auditoria do SUS

responsável.

No retorno da viagem o usuário ou responsável legal deverão entregar no CMR/PTA os canhotos das passagens para fins de prestação de contas, caso não utilize as passagens, deverá devolve-las na CMR/PTA.

Nos casos de extravio de canhoto de passagem (necessários para prestação de contas), o usuário deverá apresentar Comprovante de Viagem emitido pela Companhia Aérea ou Boletim de Ocorrência comunicando a perda ou extravio.

Fica condicionado nova concessão a correta prestação de contas pelo usuário para a CMR/PTA.

4.2. Para concessão de Ajuda de Custo:

O usuário que tiver direito a ajuda de custo deverá comparecer a CMR/PTA, antes da data do atendimento para retirada do Check-List e orientações.

É vedada a concessão de ajuda de custo para tratamento em locais onde o município disponha de serviços de Casa de Apoio contratada para este fim, durante o tempo em que estiverem hospitalizados e quando o deslocamento for inferior a 70 km (setenta quilômetros) de distância da cidade de origem.

O usuário que retornar ao município de origem em até 30 (trinta) dias após a sua saída, terá no máximo 05 (cinco) dias para comparecer a CMR/PTA para requerer o benefício de ajuda de custo munido dos seguintes documentos:

- a) Cópias do RG ou CNH, CPF e Cartão SUS;
- b) Cópia do Comprovante de Residência ou Declaração de Residência (Anexo III);
- c) Cópia do comprovante da Conta Bancária, obrigatoriamente do usuário ou responsável legal;
- d) Comprovantes de Profissionais de Saúde, devidamente assinados e carimbados, do tempo de permanência para a realização do tratamento (Atestado Médico, Relatórios, Laudos, Declarações, entre outros);
- e) Formulário de Solicitação de Ajuda de Custo (Anexo I).

Nos casos em que o usuário não retornar ao município, em virtude do tratamento, no prazo de 30 (trinta) dias após a sua saída, deverá solicitar a ajuda de custo e encaminhar os respectivos documentos no e-mail: tfd@paranaita.mt.gov.br no prazo máximo de 05 (cinco) dias a contar dos 30 (trinta) dias da permanência.

Será vedado o pagamento superior a 30 (trinta) diárias de permanência cumulativas.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAÍTA
ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Sistema Municipal de Controle, Avaliação e Auditoria do SUS

O pagamento da ajuda de custo ocorrerá em até 10 (dez) dias após a conferência de todos os documentos necessários, pelo CMR/PTA, que procederá o deferimento da concessão do benefício.

No caso de inconsistência no processo o usuário será comunicado de imediato o indeferimento da concessão do benefício.

Fica condicionado nova concessão a correta prestação de contas pelo usuário para a CMR/PTA.

4.3. Para concessão de Ajuda de Custo ao Renal Crônico (Diálise/Hemodiálise):

O usuário diagnosticado com doença renal crônica e que necessite de tratamento contínuo pelo SUS (Diálise/Hemodiálise), será considerado usuário contínuo do TFD, devendo ser beneficiado com a ajuda de custo de forma mensal, desde que preenchido os seguintes requisitos:

- a) Comprovar por meio da assistente social do município onde realiza o atendimento que necessita do benefício TFD e não é residente da localidade onde realiza o tratamento, válido por 90 (noventa) dias;
- b) Cópias do RG ou CNH, CPF e Cartão SUS;
- c) Cópia do Comprovante de Residência ou Declaração de Residência (Anexo III);
- d) Cópia do comprovante da Conta Bancária, obrigatoriamente do usuário ou responsável legal;
- e) Atestado médico comprovando a necessidade de tratamento para renal crônico (Diálise/Hemodiálise), válido por 90 (noventa) dias;
- f) Formulário de Solicitação de Ajuda de Custo (Renal Crônico), envio mensal (Anexo II);

Deverá mensalmente solicitar a ajuda de custo, encaminhando o Formulário de Solicitação de Ajuda de Custo (Renal Crônico) no e-mail: tfd@paranaita.mt.gov.br até o quinto dia útil de cada mês.

Será vedado o pagamento superior a 30 (trinta) diárias de permanência cumulativas e quando o deslocamento for inferior a 70 km (setenta quilômetros) de distância da cidade de origem.

Quando comprovada a necessidade do acompanhante por meio de documento médico, o mesmo fará jus ao valor equivalente a 30 (trinta) diárias. O mesmo deverá comprovar a sua permanência por meio de relatório da Assistente Social responsável pelo serviço de hemodiálise ou diálise, em que o usuário realiza o tratamento.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAÍTA
ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Sistema Municipal de Controle, Avaliação e Auditoria do SUS

O pagamento da ajuda de custo ocorrerá em até 10 (dez) dias após a conferência de todos os documentos necessários, pelo CMR/PTA, que procederá o deferimento da concessão do benefício.

No caso de inconsistência no processo o usuário será comunicado de imediato o indeferimento da concessão do benefício.

Fica condicionado nova concessão a correta prestação de contas pelo usuário para a CMR/PTA.

4.4. Para concessão de Hospedagem (Serviços de Casa de Apoio):

Será concedida a hospedagem em Casa de Apoio contratada pela Secretaria Municipal de Saúde de Paranaíta, ao usuário que tiver confirmação de agendamento na rede SUS ou conveniada fora do município.

O usuário ou seu representante legal deverá comparecer ao CMR/PTA, antes da viagem, para retirada da Guia de Autorização para utilização dos serviços da Casa de Apoio.

O usuário ou o responsável legal deverá prestar contas entregando na CMR/PTA o canhoto da Guia de Autorização dos Serviços de Casa de Apoio, devidamente preenchido e assinado, no prazo máximo de 05 (cinco) dias após o retorno.

Fica condicionado nova concessão a correta prestação de contas pelo usuário para a CMR/PTA.

4.5. Para concessão de benefícios TFD para acompanhante:

O acompanhante somente será autorizado nos casos em que o paciente for menor de idade ou maior de 60 anos, indígenas, pessoas com deficiência ou quando houver indicação médica, esclarecendo o porquê da impossibilidade do paciente se deslocar desacompanhado.

Os acompanhantes deverão ter entre 18 a 60 anos, conforme legislação vigente, devidamente documentados e capacitados física/mentalmente. O acompanhante deverá ser preferencialmente pessoa da família e se possível residir no município do usuário.

Gestantes, lactantes (exceto nos casos em que os lactantes sejam os pacientes), e pessoas com deficiência, não poderão ser acompanhantes dos usuários em TFD. Lactantes, filho de paciente, somente terão direito a viajar até os 6 meses de idade, salvo exceções devidamente justificadas.

O acompanhante, deverá dispor de tempo suficiente para permanecer com o



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAÍTA

ESTADO DE MATO GROSSO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Sistema Municipal de Controle, Avaliação e Auditoria do SUS

paciente durante todo tratamento, não sendo possível a troca de acompanhante após a emissão dos bilhetes de passagens. A CMR/PTA não é responsável por despesas ocasionadas pela substituição do acompanhante, exceto em caso de morte ou doença devidamente justificada do acompanhante.

A CMR/PTA analisará a documentação de solicitação do TFD do acompanhante e definirá qual será o meio de transporte a ser concedido, podendo ser distinto do meio de transporte concedido ao paciente.

Em caso de deferimento, o acompanhante deverá apresentar os seguintes documentos:

- a) Cópia do RG ou CNH, CPF e Cartão SUS;
- b) Formulário Médico devidamente preenchido (ANEXO VI), com exceção dos casos em que o paciente for menor de idade ou maior de 60 anos, indígenas ou pessoas com deficiência.

Sendo deferido o acompanhante, o mesmo deverá seguir os tramites para concessão de benefício TFD, conforme estabelecido para o usuário.

No caso de inconsistência no processo o mesmo será comunicado de imediato o indeferimento da concessão do benefício.

4.6. Para concessão de traslado em caso de óbito:

Em casos de óbito de usuário em tratamento de saúde e/ou acompanhante encaminhado pela Secretaria Municipal de Saúde de Paranaíta, ocorridos em municípios do Estado de Mato Grosso, a CMR/PTA fará todos os encaminhamentos necessários para o traslado até município de Paranaíta.

As despesas permitidas no caso de óbito são: urna mortuária de menor valor, tanatopraxia do cadáver e traslado, ou alguma exigência da legislação vigente.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Manual de Normatização de Tratamento Fora do Domicílio (TFD) do município de Paranaíta/MT proporciona orientações, com base nas legislações vigentes.

O CMR/PTA manterá arquivo individualizado de cada usuário beneficiário do TFD para organização e consultas posteriores dos órgãos fiscalizadores.

Em caso de dúvidas e/ou omissões geradas por este Manual, serão solucionados pela Central Municipal de Regulação de Paranaíta – CMR/PTA.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAÍTA
ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Sistema Municipal de Controle, Avaliação e Auditoria do SUS

6. LEGISLAÇÃO REFERENCIADA

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

Portaria SAS/MS nº 055, de 24 de fevereiro de 1999, que dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências;

Resolução CIB/MT nº 061, de 16 de dezembro de 2003, que dispõe sobre a regulamentação para a concessão do auxílio para Tratamento Fora de Domicílio (TFD) no Estado de Mato Grosso, no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS/MT;

Resolução CIB/MT nº 359, de 10, de novembro de 2022, que dispõe sobre a atualização do Manual de Normatização de Tratamento Fora do Domicílio (TFD) do Estado de Mato Grosso, no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS/MT;

Lei Municipal nº 1.124, de 02 de março de 2020, que dispõe sobre a Regulamentação da Concessão do Benefício para Tratamento Fora do Domicílio – TFD, e dá outras providências.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAÍTA
ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Sistema Municipal de Controle, Avaliação e Auditoria do SUS

7. ANEXOS DE FORMULÁRIOS



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAÍTA
ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Sistema Municipal de Controle, Avaliação e Auditoria do SUS

ANEXO I

Formulário de Solicitação de Ajuda de Custo – TFD

NOME DO USUÁRIO:	
Nº DO CARTÃO SUS:	Nº DO CPF:
ENDEREÇO:	TELEFONE:
UNIDADE DE REFERÊNCIA (PSF):	ACS:
NOME DO ACOMPANHANTE:	
Nº DO CARTÃO SUS:	Nº DO CPF:

MUNICÍPIO DE ORIGEM:	MUNICÍPIO DE DESTINO:
ESPECIALIDADE CLÍNICA / EXAME:	
LOCAL DE ATENDIMENTO:	
DATA DE ATENDIMENTO:	DATA DE RETORNO:

Banco:	Agência:	Conta Corrente:
--------	----------	-----------------

NOME	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
USUÁRIO:			
ACOMPANHANTE:			
TOTAL:			

SOLICITO A IMPORTÂNCIA DE R\$ _____ (_____)	
 _____/_____/_____ Data	 _____ Assinatura do Usuário
 _____ Assinatura do Acompanhante	

Autorização	
 _____/_____/_____ Data	 _____ Assinatura e Carimbo do Responsável pela Autorização Central Municipal de Regulação de Paranaíta – CMR/PTA



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAÍTA
ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Sistema Municipal de Controle, Avaliação e Auditoria do SUS

ORIENTAÇÕES PARA SOLICITAÇÃO DE AJUDA DE CUSTO – TFD

O usuário que tiver direito a ajuda de custo deverá comparecer a CMR/PTA, antes da data do atendimento para retirada do Check-List e orientações.

É vedada a concessão de ajuda de custo para tratamento em locais onde o município disponha de serviços de Casa de Apoio contratada para este fim, durante o tempo em que estiverem hospitalizados e quando o deslocamento for inferior a 70 km (setenta quilômetros) de distância da cidade de origem.

O usuário que retornar ao município de origem em até 30 (trinta) dias após a sua saída terá no máximo 05 (cinco) dias para comparecer a CMR/PTA para requerer o benefício de ajuda de custo munido dos seguintes documentos:

- a) Cópias do RG ou CNH, CPF e Cartão SUS;
- b) Cópia do Comprovante de Residência ou Declaração de Residência (Anexo III);
- c) Cópia do comprovante da Conta Bancária, obrigatoriamente do usuário ou responsável legal;
- d) Comprovações de Profissionais de Saúde, devidamente assinados e carimbados, do tempo de permanência para a realização do tratamento (Atestado Médico, Relatórios, Laudos, Declarações, entre outros);
- e) Formulário de Solicitação de Ajuda de Custo (Anexo I).

Nos casos em que o usuário não retornar ao município, em virtude do tratamento, no prazo de 30 (trinta) dias após a sua saída, deverá solicitar a ajuda de custo e encaminhar os respectivos documentos no e-mail: tfd@paranaita.mt.gov.br no prazo máximo de 05 (cinco) dias a contar dos 30 (trinta) dias da permanência.

Será vedado o pagamento superior a 30 (trinta) diárias de permanência cumulativas.

O pagamento da ajuda de custo ocorrerá em até 10 (dez) dias após a conferência de todos os documentos necessários, pelo CMR/PTA, que procederá ao deferimento da concessão do benefício.

No caso de inconsistência no processo o usuário será comunicado de imediato o indeferimento da concessão do benefício.

Fica condicionado nova concessão a correta prestação de contas pelo usuário para a CMR/PTA.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAÍTA
ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Sistema Municipal de Controle, Avaliação e Auditoria do SUS

ANEXO II

Formulário de Solicitação de Ajuda de Custo (Renal Crônico) – TFD

NOME DO USUÁRIO:	
Nº DO CARTÃO SUS:	Nº DO CPF:
ENDEREÇO:	TELEFONE:
UNIDADE DE REFERÊNCIA (PSF):	ACS:

MUNICÍPIO DE ORIGEM:	MUNICÍPIO DE DESTINO:
ESPECIALIDADE CLÍNICA / EXAME:	
LOCAL DE ATENDIMENTO:	

Banco:	Agencia:	Conta Corrente:
--------	----------	-----------------

NOME	MÊS/COMPETÊNCIA	VALOR TOTAL
USUÁRIO:		
ACOMPANHANTE:		
TOTAL:		

SOLICITO A IMPORTÂNCIA DE R\$ _____ (_____)	
_____/_____/_____ Data	_____ Assinatura do Usuário

Autorização	
_____/_____/_____ Data	_____ Assinatura e Carimbo do Responsável pela Autorização Central Municipal de Regulação de Paranaíta – CMR/PTA



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAÍTA
ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Sistema Municipal de Controle, Avaliação e Auditoria do SUS

ORIENTAÇÕES PARA SOLICITAÇÃO DE AJUDA DE CUSTO (RENAL CRÔNICO) – TFD

O usuário diagnosticado com doença renal crônica e que necessite de tratamento contínuo pelo SUS (Diálise/Hemodiálise), será considerado usuário contínuo do TFD, devendo ser beneficiado com a ajuda de custo de forma mensal, desde que preenchido os seguintes requisitos:

- a) Comprovar por meio da assistente social do município onde realiza o atendimento que necessita do benefício TFD e não é residente da localidade onde realiza o tratamento, válido por 90 (noventa) dias;
- b) Cópias do RG ou CNH, CPF e Cartão SUS;
- c) Cópia do Comprovante de Residência ou Declaração de Residência (Anexo III);
- d) Cópia do comprovante da Conta Bancária, obrigatoriamente do usuário ou responsável legal;
- e) Atestado médico comprovando a necessidade de tratamento para renal crônico (Diálise/Hemodiálise), válido por 90 (noventa) dias;
- f) Formulário de Solicitação de Ajuda de Custo (Renal Crônico), envio mensal (Anexo II);

Deverá mensalmente solicitar a ajuda de custo, encaminhando o Formulário de Solicitação de Ajuda de Custo (Renal Crônico) no e-mail: tfd@paranaita.mt.gov.br até o quinto dia útil de cada mês.

Será vedado o pagamento superior a 30 (trinta) diárias de permanência cumulativas e quando o deslocamento for inferior a 70 km (setenta quilômetros) de distância da cidade de origem.

Quando comprovada a necessidade do acompanhante por meio de documento médico, o mesmo fará jus ao valor equivalente a 30 (trinta) diárias. O mesmo deverá comprovar a sua permanência por meio de relatório da Assistente Social responsável pelo serviço de hemodiálise ou diálise, em que o usuário realiza o tratamento.

O pagamento da ajuda de custo ocorrerá em até 10 (dez) dias após a conferência de todos os documentos necessários, pelo CMR/PTA, que procederá ao deferimento da concessão do benefício.

No caso de inconsistência no processo o usuário será comunicado de imediato o indeferimento da concessão do benefício.

Fica condicionado nova concessão a correta prestação de contas pelo usuário para a CMR/PTA.

ANEXO III

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Na falta de documentos próprios, que comprovem a minha residência e domicílio, eu, _____, nacionalidade: _____, estado civil: _____, RG: _____, CPF: _____, declaro para todos os fins e a quem possa interessar, ser residente e domiciliado (a) no seguinte endereço: _____, nº _____, Bairro: _____, Cidade: _____, Estado: _____ e CEP: _____-_____.

Em conformidade aos artigos 2º e 3º da Lei Federal nº 7.115, de 29 de agosto de 1983, declaro, ainda, estar ciente que a inautenticidade das informações prestadas na presente poderá ensejar a aplicação das sanções cíveis, administrativas e penais prevista na legislação Brasileira, inclusive aquelas referentes ao delito de falsidade ideológica, tipificado no artigo 299 do Código Penal.

Por ser verdade, assino esta declaração.

Paranaíta – MT, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Declarante



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAÍTA
ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Sistema Municipal de Controle, Avaliação e Auditoria do SUS

ANEXO IV

LAUDO MÉDICO DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO

Requerimento de Transporte Terrestre Individual

(TODOS OS CAMPOS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)

NOME DO USUÁRIO:	
Nº DO CARTÃO SUS:	Nº DO CPF:
ENDEREÇO:	TELEFONE:
UNIDADE DE REFERÊNCIA (PSF):	ACS:
NOME DO ACOMPANHANTE:	
Nº DO CARTÃO SUS:	Nº DO CPF:
MUNICÍPIO DE ORIGEM:	MUNICÍPIO DE DESTINO:
LOCAL DE ATENDIMENTO:	
DATA DE ATENDIMENTO:	DATA DE RETORNO:

HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL	
EXAME FÍSICO	
DIAGNÓSTICO PROVÁVEL	CID
EXAME(S) COMPLEMENTAR(ES) REALIZADO(S), ANEXAR CÓPIA	
TRATAMENTO(S) REALIZADO(S)	
TRATAMENTO/EXAME INDICADO	
JUSTIFICAR AS RAZÕES DA NECESSIDADE DO TRANSPORTE TERRESTRE INDIVIDUAL QUE IMPEÇA O DESLOCAMENTO EM COLETIVO	
ORIENTAÇÕES: Senhor Médico, para agilizarmos o atendimento do seu paciente, solicitamos a colaboração no preenchimento de todos os campos com letra legível. 1. Não esquecer o CID-10; 2. É importante o Histórico de Doença Atual (HDA) Anamnese e exames já realizados; 3. Data, assinatura e carimbo são importantes neste documento.	
LOCAL E DATA	MÉDICO – ASSINATURA E CARIMBO

Autorização	
_____/_____/_____ Data	_____ Assinatura e Carimbo do Responsável pela Autorização Central Municipal de Regulação de Paranaíta – CMR/PTA



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAÍTA

ESTADO DE MATO GROSSO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Sistema Municipal de Controle, Avaliação e Auditoria do SUS

ORIENTAÇÕES PARA CONCESSÃO DE TRANSPORTE TERRESTRE INDIVIDUAL (FROTA MUNICIPAL)

O usuário ou seu representante legal deverá comparecer ao CMR/PTA, com antecedência mínima de 20 (vinte) dias, exceto em casos de agendamentos intempestivos, munido dos seguintes documentos para formalização do processo de concessão de transporte:

- a) Laudo Médico requerendo transporte terrestre individual, devidamente preenchido, com no máximo 30 (trinta) dias de emissão (Anexo IV);
- b) Cópias do RG ou CNH, CPF e Cartão SUS;
- c) Comprovante de Residência ou Declaração de Residência (Anexo III);
- d) Comprovante de Agendamento do Atendimento.

Após a entrega dos documentos, os mesmos serão analisados e após deferimento, o usuário será comunicado pela CMR/PTA sobre o local, horário e data de saída e retorno da viagem, sendo responsabilidade do usuário o comparecimento no local, horário e data indicados, com no mínimo 30 (trinta) minutos de antecedência.

Em caso de indeferimento, a CMR/PTA comunicará formalmente o usuário e/ou responsável.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAÍTA
ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Sistema Municipal de Controle, Avaliação e Auditoria do SUS

ANEXO V

LAUDO MÉDICO DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO

Requerimento de Transporte Aéreo

(TODOS OS CAMPOS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)

NOME DO USUÁRIO:	
Nº DO CARTÃO SUS:	Nº DO CPF:
ENDEREÇO:	TELEFONE:
UNIDADE DE REFERÊNCIA (PSF):	ACS:
NOME DO ACOMPANHANTE:	
Nº DO CARTÃO SUS:	Nº DO CPF:
MUNICÍPIO DE ORIGEM:	MUNICÍPIO DE DESTINO:
LOCAL DE ATENDIMENTO:	
DATA DE ATENDIMENTO:	DATA DE RETORNO:

HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL	
EXAME FÍSICO	
DIAGNÓSTICO PROVÁVEL	CID
COMPROVAR A GRAVIDADE DO ESTADO DE SAÚDE COM EXAME(S) COMPLEMENTAR(ES) REALIZADO(S), ANEXAR CÓPIA, QUE SERÁ SUBMETIDO À RIGOROSA ANÁLISE POR PARTE DA EQUIPE REGULADORA.	
TRATAMENTO(S) REALIZADO(S)	
TRATAMENTO/EXAME INDICADO	
JUSTIFICAR MINUCIOSAMENTE AS RAZÕES DA NECESSIDADE DO TRANSPORTE AÉREO QUE IMPEÇA O DESLOCAMENTO TERRESTRE	
ORIENTAÇÕES: Senhor Médico, para agilizarmos o atendimento do seu paciente, solicitamos a colaboração no preenchimento de todos os campos com letra legível. 1. Não esquecer o CID-10; 2. É importante o Histórico de Doença Atual (HDA) Anamnese e exames já realizados; 3. Data, assinatura e carimbo são importantes neste documento.	
LOCAL E DATA	MÉDICO – ASSINATURA E CARIMBO

Autorização	
_____/_____/_____ Data	_____ Assinatura e Carimbo do Responsável pela Autorização Central Municipal de Regulação de Paranaíta – CMR/PTA



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAÍTA

ESTADO DE MATO GROSSO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Sistema Municipal de Controle, Avaliação e Auditoria do SUS

ORIENTAÇÕES PARA CONCESSÃO DE PASSAGEM AÉREA

O Transporte aéreo somente será fornecido para aqueles casos nos quais o estado de saúde do usuário o impeça de viajar de ônibus de linha, frota municipal, ambulância ou quando a demora de deslocamento traga risco extremo à saúde, devendo estar minuciosamente justificado pelo médico assistente que deverá comprovar a gravidade do estado de saúde pela apresentação de exames complementares pertinentes e Laudo Médico (Anexo V) bem fundamentado, que será submetido à rigorosa análise por parte da Equipe Reguladora.

O usuário ou seu representante legal deverá comparecer ao CMR/PTA, com antecedência mínima de 20 (vinte) dias, exceto em casos de agendamentos intempestivos, munido dos seguintes documentos para formalização do processo de concessão de transporte:

- a) Laudo Médico requerendo transporte aéreo, devidamente preenchido pelo médico assistente do seu PSF de referência, com no máximo 30 (trinta) dias de emissão (Anexo V);
- b) Cópias do RG ou CNH, CPF e Cartão SUS;
- c) Comprovante de Residência ou Declaração de Residência (Anexo III);
- d) Comprovante de Agendamento do Atendimento.

Após a entrega dos documentos, os mesmos serão analisados e após deferimento, o usuário será comunicado pela CMR/PTA e deverá comparecer no prazo estabelecido para a retirada das passagens, que serão marcadas pela própria Secretaria Municipal de Saúde, em datas que atendam ao princípio da economicidade e disponibilidade da Companhia Aérea.

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, em caso de no-show (não comparecimento), assumirá o pagamento da multa de remarcação.

Quando o usuário não possuir a data de retorno ao município de origem, será fornecida a passagem somente de ida. Quando o usuário estiver liberado para retorno ao domicílio, o usuário deverá solicitar a passagem para a CMR/PTA, que providenciará a passagem aérea conforme disponibilidade da Companhia Aérea e atendendo ao princípio da economicidade.

Em caso de indeferimento, a CMR/PTA comunicará formalmente o usuário e/ou responsável.

No retorno da viagem o usuário ou responsável legal deverão entregar no CMR/PTA os canchotos das passagens para fins de prestação de contas, caso não utilize as passagens, deverá devolvê-las na CMR/PTA.

Nos casos de extravio de canhoto de passagem (necessários para prestação de contas), o usuário deverá apresentar Comprovante de Viagem emitido pela Companhia Aérea ou Boletim de Ocorrência comunicando a perda ou extravio.

Fica condicionado nova concessão a correta prestação de contas pelo usuário para a CMR/PTA.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAÍTA
ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Sistema Municipal de Controle, Avaliação e Auditoria do SUS

TERMO DE RESPONSABILIDADE DO COMPARECIMENTO AO AEROPORTO

Eu, _____,
Portador do CPF nº _____, paciente e/ou acompanhante
devidamente cadastrado(a) no TFD da Central Municipal de Regulação de Paranaíta –
CMR/PTA, estou **CIENTE** que devo comparecer no aeroporto com antecedência mínima
de 02 (duas) horas do horário local do embarque, sendo vedada a remarcação de
passagem, em que terei que assumir o pagamento da multa de remarcação caso perca o
voo agendado, também estou **CIENTE** que, caso necessite somente das passagens de
ida, a passagem de volta está condicionada à disponibilidade de data e horários da
companhia aérea e ao princípio da economicidade.

Paciente e/ou Acompanhante

Data: ____/____/____



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAÍTA
ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Sistema Municipal de Controle, Avaliação e Auditoria do SUS

ANEXO VI

LAUDO MÉDICO DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO

Requerimento de Acompanhante

(TODOS OS CAMPOS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)

NOME DO USUÁRIO:	
Nº DO CARTÃO SUS:	Nº DO CPF:
ENDEREÇO:	TELEFONE:
UNIDADE DE REFERÊNCIA (PSF):	ACS:
NOME DO ACOMPANHANTE:	
Nº DO CARTÃO SUS:	Nº DO CPF:
MUNICÍPIO DE ORIGEM:	MUNICÍPIO DE DESTINO:
LOCAL DE ATENDIMENTO:	
DATA DE ATENDIMENTO:	DATA DE RETORNO:

HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL	
EXAME FÍSICO	
DIAGNÓSTICO PROVÁVEL	CID
EXAME(S) COMPLEMENTAR(ES) REALIZADO(S), ANEXAR CÓPIA	
TRATAMENTO(S) REALIZADO(S)	
TRATAMENTO/EXAME INDICADO	
JUSTIFICAR AS RAZÕES DA NECESSIDADE DO ACOMPANHANTE (Não necessário nos casos em que o paciente for pessoa com deficiência, indígena, menor de idade ou maior de 60 anos).	
ORIENTAÇÕES: Senhor Médico, para agilizarmos o atendimento do seu paciente, solicitamos a colaboração no preenchimento de todos os campos com letra legível. 1. Não esquecer o CID-10; 2. É importante o Histórico de Doença Atual (HDA) Anamnese e exames já realizados; 3. Data, assinatura e carimbo são importantes neste documento.	
LOCAL E DATA	MÉDICO – ASSINATURA E CARIMBO

Autorização	
_____/_____/_____ Data	_____ Assinatura e Carimbo do Responsável pela Autorização Central Municipal de Regulação de Paranaíta – CMR/PTA



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAÍTA

ESTADO DE MATO GROSSO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Sistema Municipal de Controle, Avaliação e Auditoria do SUS

ORIENTAÇÕES PARA CONCESSÃO DE BENEFÍCIOS TFD PARA ACOMPANHANTE

O acompanhante somente será autorizado nos casos em que o paciente for menor de idade ou maior de 60 anos, indígenas, pessoas com deficiência ou quando houver indicação médica, esclarecendo o porquê da impossibilidade do paciente se deslocar desacompanhado.

Os acompanhantes deverão ter entre 18 a 60 anos, conforme legislação vigente, devidamente documentados e capacitados física/mentalmente. O acompanhante deverá ser preferencialmente pessoa da família e se possível residir no município do usuário.

Gestantes, lactantes (exceto nos casos em que os lactantes sejam os pacientes), e pessoas com deficiência, não poderão ser acompanhantes dos usuários em TFD. Lactantes, filho de paciente, somente terão direito a viajar até os 6 meses de idade, salvo exceções devidamente justificadas.

O acompanhante, deverá dispor de tempo suficiente para permanecer com o paciente durante todo tratamento, não sendo possível a troca de acompanhante após a emissão dos bilhetes de passagens. A CMR/PTA não é responsável por despesas ocasionadas pela substituição do acompanhante, exceto em caso de morte ou doença devidamente justificada do acompanhante.

A CMR/PTA analisará a documentação de solicitação do TFD do acompanhante e definirá qual será o meio de transporte a ser concedido, podendo ser distinto do meio de transporte concedido ao paciente.

Em caso de deferimento, o acompanhante deverá apresentar os seguintes documentos:

- a) Cópia do RG ou CNH, CPF e Cartão SUS;
- b) Formulário Médico devidamente preenchido (ANEXO VI), com exceção dos casos em que o paciente for menor de idade ou maior de 60 anos, indígenas ou pessoas com deficiência.

Sendo deferido o acompanhante, o mesmo deverá seguir os tramites para concessão de benefício TFD, conforme estabelecido para o usuário.

No caso de inconsistência no processo o mesmo será comunicado de imediato o indeferimento da concessão do benefício.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAÍTA
ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Sistema Municipal de Controle, Avaliação e Auditoria do SUS

AUTORIZAÇÃO CASA DE APOIO VIDA IDEAL ASSISTENCIA SOCIAL EIRELI

Nome do Usuário: _____

Endereço da Casa: Rua Dr. Carlos Borralho, nº 81, Bairro Poção (Próximo ao antigo Pronto Socorro e Santa Casa).

Telefone da Casa: (65) 99927-9250 (Neide) / (65)99241-4372 (Lucilene)

Entrada: ____/____/____ **Saída:** ____/____/____

Levar itens de uso pessoal: lençol, coberta, fronha, toalha de banho, higiene (sabonete, creme dental, etc.).

OBS.: EM CASO DE NECESSIDADE DA PRORROGAÇÃO DO TEMPO DE PERMANÊNCIA NA CASA DE APOIO, O USUÁRIO DEVERÁ APRESENTAR O MOTIVO, E A CASA DEVERÁ ENTRAR EM CONTATO PELO TELEFONE: (66) 3563-1712 OU (66) 99651-4432 (WHATSAPP).

Assinatura e Carimbo do Responsável pela Autorização
Central Municipal de Regulação de Paranaíta – CMR/PTA

DESTAQUE AQUI

CONFIRMAÇÃO DE UTILIZAÇÃO

USUÁRIO

Eu _____,
atesto que utilizei (____) diárias na Casa de Apoio, permanecendo do dia ____/____/____
ao dia ____/____/____.

ASSINATURA DO USUARIO _____

SERVIÇOS DE CASA DE APOIO

EU, _____, REPRESENTANTE
DA CASA DE APOIO VIDA IDEAL ASSISTENCIA SOCIAL EIRELE, ATESTO A UTILIZAÇÃO DA CASA DE
APOIO PELO USUARIO ACIMA APRESENTADOS E SOLICITO O PAGAMENTO TOTAL DE (____) DIÁRIAS.

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL DA CASA DE APOIO E CARIMBO

Obs.: Este Canhoto de Confirmação de Utilização deverá retornar com o usuário, para fins de prestação de contas e controle da Central Municipal de Regulação de Paranaíta – CMR/PTA.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAÍTA
ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Sistema Municipal de Controle, Avaliação e Auditoria do SUS

ORIENTAÇÕES PARA CONCESSÃO DE HOSPEDAGEM (SERVIÇOS DE CASA DE APOIO)

Será concedida a hospedagem em Casa de Apoio contratada pela Secretaria Municipal de Saúde de Paranaíta, ao usuário que tiver confirmação de agendamento na rede SUS ou conveniada fora do município.

O usuário ou seu representante legal deverá comparecer ao CMR/PTA, antes da viagem, para retirada da Guia de Autorização para utilização dos serviços da Casa de Apoio.

O usuário ou o responsável legal deverá prestar contas entregando na CMR/PTA o canhoto da Guia de Autorização dos Serviços de Casa de Apoio, devidamente preenchido e assinado, no prazo máximo de 05 (cinco) dias após o retorno.

Fica condicionado nova concessão a correta prestação de contas pelo usuário para a CMR/PTA.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAÍTA
ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Sistema Municipal de Controle, Avaliação e Auditoria do SUS

**ORIENTAÇÕES PARA CONCESSÃO DE PASSAGEM TERRESTRE POR EMPRESA TERCEIRIZADA
(ÔNIBUS DE LINHA)**

O usuário ou seu representante legal deverá comparecer ao CMR/PTA, com antecedência mínima de 20 (vinte) dias, exceto em casos de agendamentos intempestivos, munido dos seguintes documentos para formalização do processo de concessão de transporte:

- a) Cópias do RG ou CNH, CPF e Cartão SUS;
- b) Comprovante de Residência ou Declaração de Residência (Anexo III);
- c) Comprovante de Agendamento do Atendimento.

Após a entrega dos documentos, os mesmos serão analisados e após deferimento, o usuário será comunicado pela CMR/PTA e deverá comparecer a Secretaria Municipal de Saúde no prazo estabelecido para a retirada da autorização de marcação de passagem, sendo responsabilidade do usuário o agendamento das passagens.

Serão liberadas passagens de ida e volta conforme itinerário. Quando o usuário não possuir a data de retorno ao município de origem, será fornecida a passagem somente de ida. Quando confirmada a data de retorno, o usuário deverá solicitar a passagem para o município de origem com no mínimo 02 (dois) dias de antecedência.

Em caso de indeferimento, a CMR/PTA comunicará formalmente o usuário e/ou responsável.

No retorno da viagem o usuário ou responsável legal deverão entregar no CMR/PTA os canchotos das passagens para fins de prestação de contas, caso não utilize as passagens, deverá devolve-las na CMR/PTA.

Nos casos de extravio de canhoto de passagem (necessários para prestação de contas), o usuário deverá apresentar Comprovante de Viagem emitido pela Agência de Transporte ou Boletim de Ocorrência comunicando a perda ou extravio.

Fica condicionado nova concessão a correta prestação de contas pelo usuário para a CMR/PTA.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAÍTA

ESTADO DE MATO GROSSO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Sistema Municipal de Controle, Avaliação e Auditoria do SUS

ORIENTAÇÕES PARA CONCESSÃO DE TRANSPORTE TERRESTRE COLETIVO (FROTA MUNICIPAL)

O usuário ou seu representante legal deverá comparecer ao CMR/PTA, com antecedência mínima de 20 (vinte) dias, exceto em casos de agendamentos intempestivos, munido dos seguintes documentos para formalização do processo de concessão de transporte:

- a) Cópias do RG ou CNH, CPF e Cartão SUS;
- b) Comprovante de Residência ou Declaração de Residência (Anexo III);
- c) Comprovante de Agendamento do Atendimento.

Após a entrega dos documentos, os mesmos serão analisados e após deferimento, o usuário será comunicado pela CMR/PTA sobre o local, horário e data de saída e retorno da viagem, sendo responsabilidade do usuário o comparecimento no local, horário e data indicados, com no mínimo 30 (trinta) minutos de antecedência.

Em caso de indeferimento, a CMR/PTA comunicará formalmente o usuário e/ou responsável.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAÍTA

ESTADO DE MATO GROSSO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Sistema Municipal de Controle, Avaliação e Auditoria do SUS

ORIENTAÇÕES PARA CONCESSÃO DE TRASLADO EM CASO DE ÓBITO

Em casos de óbito de usuário em tratamento de saúde e/ou acompanhante encaminhado pela Secretaria Municipal de Saúde de Paranaíta, ocorridos em municípios do Estado de Mato Grosso, a CMR/PTA fará todos os encaminhamentos necessários para o traslado até município de Paranaíta.

As despesas permitidas no caso de óbito são: urna mortuária de menor valor, tanatopraxia do cadáver e traslado, ou alguma exigência da legislação vigente.