





# Prefeitura de SOROCABA

PROJETO DE LEI 167/2023

(Dispõe sobre a criação do Programa de Tratamento Fora do Domicílio - TFD no Município de Sorocaba e dá outras providências).

A Câmara Municipal de Sorocaba decreta:

Art. 1º Fica implantado no Município de Sorocaba o Programa Tratamento Fora do Domicílio - TFD, garantindo aos usuários do Sistema Único de Saúde, quando esgotados todos os meios de tratamento neste Município, auxílio no custeio de despesas decorrentes do deslocamento a outro Município de Referência, dentro do Estado de São Paulo.

Art. 2º O Programa TFD tem por objetivo custear as despesas decorrentes do deslocamento dos beneficiários para outro Município depois de pactuado na Programação Pactuada Integrada - PPI, conforme Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.

§ 1º O Programa TFD só será concedido quando esgotados todos os recursos dos serviços de saúde dentro do Município de Sorocaba e as condições do usuário requerer sua remoção para localidades dotadas e pactuadas através da Programação Pactuada Integrada - PPI a centros mais avançados dentro do Estado de São Paulo.

§ 2º A Unidade Médica eleita para a efetivação do tratamento será a pactuada pela PPI, que dispõe de rede regionalizada dos serviços de média e alta complexidade.

§ 3º Entende-se por despesas decorrentes do deslocamento para tratamento, transporte de ida e volta, alimentação e pousada, que serão custeadas de acordo com as disponibilidades orçamentárias.

Art. 3º O processo para solicitação de Tratamento Fora do Domicílio - TFD, será iniciado mediante apresentação dos documentos originais, laudo médico, documento de identidade, CPF, cartão do SUS, comprovante de endereço no Município de Sorocaba e comprovar a necessidade de acompanhante através de laudo médico, sendo necessário que o acompanhante apresente os mesmos documentos solicitados ao paciente no ato do cadastro.

§ 1º Os documentos que trata o caput deste artigo deverão ser entregues diretamente ao setor TFD localizado na Avenida Moreira César, 398, Centro, com até 15 (quinze) dias de antecedência da data prevista para o atendimento, detalhando através de comprovante impresso o agendamento com a indicação do serviço, se de alta ou média complexidade, para encaminhamento ao Município de Referência pactuado na PPI do Pacto pela Saúde e renovado/atualizado anualmente.



# Prefeitura de SOROCABA

Projeto de Lei - fls. 2.

§ 2º O laudo e a requisição de que tratam o **caput** deste artigo serão emitidos por profissional médico integrante do SUS e da região compreendida pela DRS XVI (Departamento Regional de Saúde) da Região Metropolitana de Sorocaba, onde o paciente foi primeiramente atendido, devendo ser preenchidos em 2 (duas) vias, em letra de forma legível, atestando a necessidade do paciente em utilizar o referido processo de tratamento.

§ 3º O laudo, a requisição e a avaliação social serão analisados por Comissão nomeada para esse fim que, se necessário, poderá solicitar exames e/ou documentos que complementem a análise dos casos.

§ 4º O paciente que for comprovadamente vulnerável, terá direito ao complemento municipal que consta no artigo 10 desta Lei.

§ 5º O paciente que não comprovar vulnerabilidade social, terá direito ao valor que consta no Anexo I desta Lei.

Art. 4º Para efeito da garantia de transporte e pousada para o acompanhante do paciente, o médico deverá justificar a necessidade de acompanhamento em forma de declaração para acesso ao TFD.

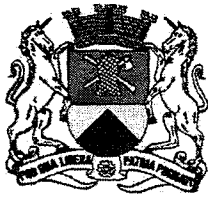
§ 1º Será autorizado apenas 1 (um) acompanhante maior de 18 (dezoito) anos e preferencialmente menor de 60 (sessenta), capacitado física e mentalmente, parente ou responsável legal pelo paciente.

§ 2º Casos omissos serão avaliados pela Comissão responsável pelo TFD.

§ 3º Para menores de 18 (dezoito) anos será considerado 1 (um) acompanhante (pai ou mãe), exceto em casos de lactentes menores de 1 (um) ano em que a mãe seja deficiente física ou mental, com incapacidade de expressão ou compreensão, situação em que será considerada a liberação de um segundo acompanhante, pai ou pessoa a ser indicada.

§ 4º Pacientes maiores de 60 (sessenta) anos poderão viajar com acompanhante, em conformidade com a legislação em vigor a Portaria GM/MS nº 280, de 7 de abril de 1999, que assegura o direito a acompanhante, inclusive durante o período de internação.

Art. 5º O Tratamento Fora do Domicílio somente será autorizado quando houver garantia de atendimento no Município de referência, com horários e datas pré-definidos, bem como pactuados na PPI.



# Prefeitura de SOROCABA

Projeto de Lei - fls. 3.

Art. 6º O TFD não será autorizado quando:

I - pacientes de tratamento que utilizam procedimentos assistenciais contidos no Piso de Atenção Básica - PAB;

II - deslocamentos de até 50 km (cinquenta quilômetros) de distância do Município de Sorocaba;

III - benefício nos casos de acidente do trabalho, em virtude de acidente dessa natureza estar disciplinado em legislação específica dos regimes de previdência;

IV - fins de dispensação de medicamentos e visitas ao paciente hospitalizado;

V - da não apresentação de comprovante de gastos, declaração de comparecimento ou horário não condizente ao disposto na declaração.

Parágrafo único. Os comprovantes de alimentação e pernoite deverão constar o número do CPF do paciente ou do acompanhante.

Art. 7º É vedado o pagamento de diárias aos pacientes que permaneçam hospitalizados no Município de referência.

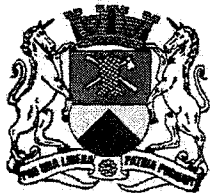
Parágrafo único. Quando o paciente e/ou acompanhante retornar a este Município no mesmo dia, será fornecido o benefício das despesas com transporte e alimentação.

Art. 8º Concluído o tratamento, o paciente e acompanhante retornarão ao Município de origem, de imediato, protocolando o relatório de alta, declaração de comparecimento e demais documentos solicitados pela Secretaria Municipal da Saúde de origem, na Seção de Regulação de Tratamento Fora do Domicílio.

Art. 9º Serão autorizados somente os procedimentos codificados, cuja descrição e valor constam da Tabela Unificada do SUS, Grupo 08, subgrupo 03, conforme Anexo I.

Art. 10. O pagamento das diárias será efetuado através de depósito bancário em nome do paciente ou do seu representante legal, que fora previamente informado no ato do cadastro.

§ 1º A ajuda de custo para a alimentação será no valor máximo de R\$ 12,60 (doze reais e sessenta centavos).



# Prefeitura de SOROCABA

Projeto de Lei - fls. 4.

§ 2º A ajuda de custo para pernoite/alimentação: R\$ 37,12 (trinta e sete reais e doze centavos).

§ 3º A ajuda de custo para transporte, a cada 50 km (cinquenta quilômetros) o valor de R\$ 11,1375 (onze reais, mil trezentos e setenta e cinco décimos de milésimos de centavos).

Art. 11. Fica aprovado o Manual de Normatização do Tratamento Fora do Domicílio - TDF do Município de Sorocaba e o Guia de Bolso, o qual passa a fazer parte integrante desta Lei.

Art. 12. As despesas com a execução desta Lei correrão por conta das dotações orçamentárias próprias.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

  
RODRIGO MAGANHATO  
Prefeito Municipal



# Prefeitura de SOROCABA

Projeto de Lei - fls. 5.

## ANEXO I

CÓDIGO SIGTAP	DESCRIÇÃO	VALOR
08.0301.001-0	Ajuda de Custo para Alimentação/Pernoite de <b>Pacientes</b>	R\$ 24,75
03.0301.002-8	Ajuda de Custo para Alimentação de <b>Paciente</b> sem Pernoite	R\$ 8,40
08.0301.004-4	Ajuda de Custo para Alimentação/Pernoite <b>Acompanhante</b>	R\$ 24,75
08.0301.005-2	Ajuda de Custo para Alimentação de <b>Acompanhante</b> sem Pernoite	R\$ 8,40
08.0301.010-9	Unidade de Remuneração para Deslocamento de <b>Acompanhante</b> por transporte terrestre (cada 50 km de distância)	R\$ 4,95
08.0301.012-5	Unidade de Remuneração para Deslocamento de <b>Paciente</b> por transporte terrestre (cada 50 km de distância)	R\$ 4,95

# **MANUAL DE NORMATIZAÇÃO**

## **TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO - T.F.D.**

## **COLABORADORES**

**Cláudio Pompeo Chagas Dias**

Secretário de Saúde

**Tatchia Puertas Garcia**

Coordenadora Técnica

**Ivanilda Silveira de Aquino**

Coordenadora Regional

**Anna Carolina De Vasconcellos Garcia**

Divisão de Avaliação e Controle

**Juliana Rocha Alves**

Chefe de Seção de Regulação de T.F.D.



## SUMÁRIO

1 CONCEITO DE T.F.D	2
2 DESPESAS ABRANGIDAS PELO T.F.D	2
2.1 Suplementação orçamentária municipal	2
2.2 Deslocamento com Veículo Próprio ou Transporte Público Coletivo	2
2.3 Alimentação	3
2.4 Hospedagem	3
3 DOCUMENTAÇÃO PARA CADASTRO NO T.F.D	4
3.1 Acompanhante(s)	4
3.2 Indicação de Conta Bancária	5
3.3 Regulação/Autorização	5
3.4 Comissão da Central de Regulação Municipal	6
3.5 Solicitações Indeferidas	7
4 COMPROVAÇÃO DE DESPESAS DE VIAGEM	7
5 ATUALIZAÇÃO CADASTRAL ANUAL	7
6 ÓBITO	7
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	8
8 REFERÊNCIAS	9
APÊNDICE I – Solicitação de Cadastro no T.F.D	10
APÊNDICE II – Termo de Ciência T.F.D	11
APÊNDICE III – Autorização de Crédito Bancário	12
APÊNDICE IV – Protocolo de Entrega dos Comprovantes de Viagem – T.F.D	13

## APRESENTAÇÃO

O Ministério da Saúde por meio da Portaria SAS/MS nº 055, de 24 de fevereiro de 1.999 (D.O.U. de 26/02/1999, em vigor desde 01/03/1999), normatiza a rotina do Tratamento Fora de Domicílio (T.F.D.) no Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo que as despesas relativas ao deslocamento de usuários deste sistema possam ser cobradas por intermédio do Sistema de Informações Ambulatoriais-SIA/SUS, observando o teto financeiro definido para cada município/estado.

O T.F.D. visa garantir o acesso de pacientes de um município a serviços assistenciais de outro município, com base nos códigos da Tabela Unificada dos Procedimentos/SUS, conforme site:

<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>.

O artigo 5º da Portaria MS nº 055/1999 estabelece que as Secretarias de Estado da Saúde devam propor estratégias de gestão do T.F.D. de acordo com a realidade de cada região.

O presente manual define, portanto, a responsabilidade da Secretaria de Saúde e traça critérios de autorização, fluxos e rotinas relativas ao Tratamento Fora de Domicílio dos usuários do SUS no município de Sorocaba-SP.

## **1 CONCEITO DE T.F.D.**

O benefício de Tratamento Fora de Domicílio (T.F.D.) consiste em disponibilizar ajuda de custo para pacientes e acompanhantes, se necessário, atendidos na rede pública ou conveniada/contratada do SUS que necessitem de deslocamento para outros municípios para fins de assistência ambulatorial ou hospitalar cujo procedimento seja de média ou alta complexidade.

A referida ajuda de custo do T.F.D. é autorizada mediante indicação de médico das unidades assistenciais vinculadas ao SUS, desde que o local indicado possua o tratamento mais adequado à resolução do problema e esteja dentro dos critérios estabelecidos na Portaria MS nº 055/1999.

O T.F.D. não reembolsa os valores integrais das despesas dos pacientes, pois se baseia nos valores constantes na Tabela Unificada dos Procedimentos/SUS, respeitando o teto de auxílio para cada modalidade de despesa.

## **2 DESPESAS ABRANGIDAS PELO T.F.D.**

As despesas de viagens abrangidas pelo T.F.D. são as seguintes:

- Deslocamento com veículo próprio ou transporte público coletivo;
- Alimentação;
- Hospedagem.

### **2.1 Suplementação Orçamentária municipal**

Para o pagamento com suplementação orçamentária municipal superior ao repasse, fica condicionada a avaliação socioeconômica que será realizada pelo profissional Assistente Social. Aos que não se adequarem para tal, receberão os valores referentes à SIGTAP.

### **2.2 Deslocamento com Veículo Próprio ou Transporte Público Coletivo**

Nos casos de deslocamentos com veículos próprios ou transporte público coletivo, para efeito de ajuda de custo, é considerada a proporcionalidade da distância entre Sorocaba-SP e o município de destino a cada 50 quilômetros. A variabilidade de valor também está relacionada à autorização ou não de acompanhante, para o caso do transporte particular, será pago o auxílio para a distância e não para a quantidade de pessoas viajando.

Em síntese, o valor de ajuda de custo estará condicionado à distância do município de destino e à necessidade de acompanhante ou não, respeitando-se o teto de ajuda de

custo da Tabela Unificada dos Procedimentos/SUS.

Não serão aceitos comprovantes de viagem com data anterior ou posterior à data da consulta, exame, procedimento médico, administração ou retirada de medicamentos.

Os comprovantes de viagem precisam também estar em alinhamento com os horários de início e término da consulta, exame, procedimento médico, administração ou retirada de medicamentos.

Se, por exemplo, o paciente colher exames no período da manhã e apresentar comprovantes de retorno de viagem do período noturno, sem quaisquer justificativas da unidade hospitalar, estes não serão aceitos para fins de comprovação de T.F.D..

### **2.3 Alimentação**

O paciente e o acompanhante (mediante autorização prévia) terão direito a refeições no dia da viagem, condicionado ao período de deslocamento e ao teto definido na Tabela Unificada dos Procedimentos/SUS.

Se, por exemplo, a consulta ou exame for ao período matutino, o comprovante de alimentação precisa se restringir preferencialmente a este período.

Deverão ser apresentadas apenas notas ou cupons fiscais emitidos por meio eletrônico e com o CPF do paciente ou acompanhante. Comprovantes de alimentação preenchidos manualmente pelos estabelecimentos comerciais não são válidos para fins de comprovação de T.F.D..

No período de consumo, num determinado estabelecimento (matutino, vespertino ou noturno), deve ser apresentado apenas uma nota ou cupom fiscal do consumo total (paciente e acompanhante) emitido pelo local. Por isso, não pode haver mais de um comprovante fiscal emitido pelo mesmo estabelecimento comercial num mesmo período.

Serão considerados apenas alimentos para o consumo no percurso da viagem. Alimentos congelados e outros produtos que exigem preparo anterior ao consumo, não serão considerados como despesa de alimentação de T.F.D..

### **2.4 Hospedagem**

As notas fiscais de hospedagens em hotéis ou pousadas serão aceitas somente quando houver indicação médica por escrito para que o paciente permaneça no município durante um período determinado.

Haverá variabilidade no valor de ajuda de custo na hospedagem dependendo do período de estada e caso o paciente necessite de acompanhante. O valor final estará sempre condicionado ao teto definido na Tabela Unificada dos Procedimentos/SUS.

Deverão ser apresentadas apenas notas fiscais emitidas por meio eletrônico e constar o CPF do paciente ou acompanhante. Comprovantes preenchidos manualmente pelos hotéis ou pousadas não são válidos para fins de comprovação de T.F.D..

O período entre check in e check out no hotel ou pousada deve estar totalmente de acordo com o período descrito no atestado ou declaração médica emitido pela unidade hospitalar.

### **3 DOCUMENTAÇÃO PARA CADASTRO NO T.F.D.**

Para realizar a solicitação de cadastro no T.F.D., o paciente deverá apresentar cópias simples dos documentos abaixo:

1. Documento de encaminhamento do SUS: papel timbrado ou relatório/laudo médico contendo a patologia e o diagnóstico, com data atual, CRM-SP, nome e assinatura do médico legível;
2. Declaração médica da necessidade de acompanhante (se necessário);
3. RG, CPF e Cartão do SUS do paciente e do acompanhante (se houver);
4. Dados bancários e cópia do CPF do favorecido;
5. Comprovante de endereço atualizado (conta de água, luz, gás, banco ou telefone) que deverá estar em nome do paciente/acompanhante ou do responsável legal.

O paciente e seu acompanhante deverão obrigatoriamente possuir cadastro em uma Unidade Básica de Saúde de Sorocaba-SP.

#### **3.1 Acompanhante(s)**

Conforme o artigo 7º da Portaria SAS/MS nº 55/1999, será permitido o pagamento de despesas para deslocamento de acompanhante nos casos em que houver indicação médica, esclarecendo o motivo da impossibilidade do paciente se deslocar desacompanhado. A justificativa deverá ser inserida no Laudo Médico pelo médico assistente do paciente e será avaliada pela Comissão da Central de Regulação Municipal. Os acompanhantes deverão ser maiores de 18 (dezoito) anos e preferencialmente menores de 60 (sessenta) anos, documentados e capacitados física/mentalmente. O acompanhante deverá ser preferencialmente pessoa da família, maior de idade e responsável legal, devendo ser munícipe de Sorocaba-SP.

Gestantes, lactantes (exceto nos casos em que os pacientes são os próprios lactentes) e portadores de deficiência física ou mental, por dificuldades em auxiliar o paciente, não poderão ser acompanhantes de usuários do T.F.D..

O acompanhante deverá retornar à localidade de origem em casos de prolongada internação do paciente, salvo quando, a critério médico, a sua permanência for aconselhada.

O T.F.D. não se responsabilizará pelas despesas decorrentes da substituição de acompanhante que viaje por conta própria, durante o curso do tratamento.

Pacientes menores de idade só poderão viajar acompanhados por representante legal.

Os pacientes maiores de 60 (sessenta) anos poderão viajar com acompanhante, em conformidade com a legislação vigente (Portaria MS nº 280, de 07.04.1999) tendo direito a acompanhante durante o período de internação.

Nos casos em que um paciente estiver usufruindo o benefício do T.F.D. para tratamento próprio, o mesmo não poderá ser acompanhante de outro paciente em T.F.D..

### **3.2 Indicação de Conta Bancária**

É de responsabilidade exclusiva do paciente ou responsável legal a indicação da conta bancária para a transferência da ajuda de custo do T.F.D., pois os dados bancários fornecidos poderão ser de terceiros, devendo ser acompanhados com o respectivo número de CPF do titular da conta.

Na data da solicitação de T.F.D. ou quando houver necessidade de atualização dos dados bancários, o paciente precisará assinar um documento de ciência com as informações da instituição financeira para ser juntado ao seu processo de autorização do T.F.D. (vide APÊNDICE III).

### **3.3 Regulação/Autorização**

Considerando as rotinas do Tratamento Fora do Domicílio no SUS estabelecidas na Portaria MS nº 055/99, definiram-se os critérios para concessão do benefício no município de Sorocaba-SP:

- a) O T.F.D. será autorizado somente quando esgotados todos os meios de tratamento dentro do próprio município;

- b) O município de tratamento deve estar, no mínimo, há 50 quilômetros de distância de Sorocaba e não pode fazer parte da Região Metropolitana de Sorocaba;
- c) Será concedido, exclusivamente, ao paciente atendido na rede pública (ambulatorial e hospitalar) própria, conveniada ou contratada do SUS;
- d) A autorização está condicionada à garantia de atendimento via SUS no município de referência, com horário e data definidos previamente;
- e) A autorização para o T.F.D. contempla o pagamento dos deslocamentos (ida e volta) e ajuda de custo ao usuário e acompanhante (quando indicado pelo médico assistente), de acordo com a disponibilidade orçamentária do município e com base nos valores da Tabela SIGTAP;
- f) A presença do acompanhante em T.F.D. só é justificada em caso do paciente encontrar-se em condições clínicas que o impossibilitem de se deslocar desacompanhado. Tal justificativa deve ser apontada expressamente pelo médico assistente do paciente em sua solicitação, exceto para menores de idade e maiores de 60 anos;
- g) O T.F.D. não se responsabilizará pelo atendimento e despesas decorrentes quando não houver autorização prévia;
- h) Os tratamentos considerados de caráter experimental, não reconhecidos pelo Ministério da Saúde, bem como as doenças crônico-degenerativas e inflamatórias sem especificidade terapêutica, não fazem parte do protocolo de abrangência do T.F.D.;
- i) O T.F.D. em outro estado não é responsabilidade do município de Sorocaba-SP, cuja abrangência limita-se ao território municipal.

### **3.4 Comissão da Central de Regulação Municipal**

A Comissão da Central de Regulação Municipal é composta por uma equipe multiprofissional de saúde, sendo responsável pela análise técnica das solicitações de T.F.D..

Esta comissão pode autorizar, indeferir ou solicitar informações complementares ao médico assistente (médico do paciente), bem como solicitar parecer ou avaliação do paciente em outras Unidades que dispõem dos serviços no município.

### **3.5 Solicitações Indeferidas**

As solicitações de T.F.D. indeferidas serão devolvidas ao paciente para ciência e a fim de que providencie outros documentos caso seja necessário.

## **4 COMPROVAÇÃO DE DESPESAS DE VIAGEM**

Para recebimento do crédito bancário do auxílio de custo, o paciente deverá entregar no T.F.D., preferencialmente em até 10 dias e no máximo de 30 dias, a contar do retorno de viagem, os seguintes documentos:

1. Declaração ou Atestado de Comparecimento, com data, em papel timbrado do serviço de atendimento em nome do paciente e do acompanhante (se houver);
2. Passagens rodoviárias ou recibos de todos os pedágios (ida e volta);
3. Cupons ou notas fiscais de alimentação emitidos por meio eletrônico com o descritivo de cada alimento consumido e seu respectivo valor e CPF do paciente ou do acompanhante;
4. Nota fiscal da hospedagem (se houver) emitida por meio eletrônico com o CPF do paciente ou acompanhante.

Não serão aceitas cópias desses documentos e nem envio por meio eletrônico.

Estando os comprovantes de despesas dentro dos parâmetros acima relacionados, o paciente receberá um protocolo de comprovação de entrega constando o valor que receberá de ajuda de custo (vide APÊNDICE IV).

## **5 ATUALIZAÇÃO CADASTRAL ANUAL**

O processo de T.F.D. terá validade de 01 (um) ano para atendimento dentro da mesma patologia, considerando a data do laudo médico como referência. Após esse período, se o paciente permanecer em tratamento fora do domicílio, o médico assistente deverá emitir um novo laudo para continuidade do benefício do T.F.D..

Além disso, o paciente e acompanhante (se houver) precisam apresentar comprovantes de residências atualizados.

O pedido de T.F.D. deve permanecer o mesmo, devendo ser mantido o ano de abertura do processo e o ano de renovação.

Havendo necessidade de avaliação ou consulta com profissional de especialidade



diferente da autorizada inicialmente, seja na mesma unidade hospitalar ou em outra, é necessário uma nova avaliação por parte da Comissão da Central de Regulação Municipal. Neste caso, o paciente deve apresentar o documento de encaminhamento médico ao T.F.D. para que seja realizada a análise do novo encaminhamento.

## **6 ÓBITO**

Caso o paciente venha a óbito, durante seu tratamento fora do domicílio previamente cadastrado e autorizado pela comissão avaliadora, este terá assistência mediante a comprovação com avaliação social, o translado do corpo pago pelo programa TFD e demais providências conforme lei 4.595 de 2 setembro de 1994 e lei 11.696 de 9 de abril de 2018.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As situações não previstas na normatização do presente manual serão avaliadas individualmente pela Secretaria Municipal de Saúde, por equipe técnico/administrativa e/ou Comissão da Central de Regulação Municipal para concessão do benefício.

## 8 REFERÊNCIAS

**MANUAL DE NORMATIZAÇÃO DO T.F.D. - TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO DO ESTADO DE SÃO PAULO**, São Paulo, Dezembro/2009.  
[http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/manual-do-tratamento-fora-do-domicilio-T.F.D./manual\\_T.F.D.\\_2009\\_aprovado\\_na\\_ct.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/manual-do-tratamento-fora-do-domicilio-T.F.D./manual_T.F.D._2009_aprovado_na_ct.pdf) Acesso em 03/07/2020

**PORTARIA Nº 55, DE 24 DE FEVEREIRO DE 1999**  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prt0055\\_24\\_02\\_1999.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prt0055_24_02_1999.html) Acesso em 14/07/2020

**Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS** <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>. Acesso em 23/07/2020

**APÊNDICE I – Solicitação de Cadastro no T.F.D.**



Sorocaba, 00/00/00

Ofício SES/T.F.D. nº 000 - Autoriz.

À Central de Regulação do Município

**Ref.: SOLICITAÇÃO DE CADASTRO NO T.F.D.**

Em conformidade com a Portaria SAS nº 55 de 24 de fevereiro de 1999, seguem abaixo os dados do(a) munícipe e documentos anexos para fins de cadastramento no programa de Tratamento Fora do Domicílio (T.F.D.):

Nome do(a) Paciente	CPF	SIS
---------------------	-----	-----

Data de Nasc.	Idade	Cartão SUS	Sexo
			Fem <input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/>

Telefone(s)
-------------

Logradouro	nº	Bairro	Município
------------	----	--------	-----------

Nomes do(a)s Acompanhantes	SIS	Parentesco	DN	Idade
----------------------------	-----	------------	----	-------

Município de Dest.	Hospital de Referência	Especialidade(s) Solicitada(s)
--------------------	------------------------	--------------------------------

Há necessidade de acompanhante(s)?
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

Existe possibilidade de tratamento em nosso município?
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

Observações

Deferido  Indeferido

**PACIENTES COM IDADE INFERIOR A 18 ANOS E SUPERIOR A 60 ANOS, POSSUEM DIREITO A ACOMPANHANTE AMPARADO POR LEI (Lei nº 8.069/90 e Lei nº 10.741/03)**

\_\_\_\_\_  
Profissional Autorizador  
Assinatura e Carimbo

## APÊNDICE II – Termo de Ciência T.F.D.



### TERMO DE CIÊNCIA – T.F.D.

Eu, \_\_\_\_\_, brasileiro(a), portador(a) do CPF nº \_\_\_\_\_, declaro estar ciente de que o auxílio de custo do T.F.D. é **exclusivo para tratamentos realizados pelo SUS** e ter sido orientado(a) da obrigatoriedade da entrega dos comprovantes de viagem (listados abaixo) no **prazo máximo de 10 (dez) dias após o deslocamento para tratamento de saúde**:

1. Declaração de Comparecimento, com data, em papel timbrado, do serviço de atendimento em nome do paciente e do acompanhante;
2. Passagens rodoviárias ou recibos de todos os pedágios (ida e volta);
3. Notas fiscais de alimentação (com o descritivo de cada alimento consumido) – **NÃO PODE SER MANUSCRITA** e deve constar o CPF do paciente ou do acompanhante;
4. Nota fiscal da hospedagem (necessário carta de autorização médica, conforme Manual de Normatização TFD) – **NÃO PODE SER MANUSCRITA** e deve constar os dados do paciente ou do acompanhante.
5. Os horários nas notas devem ser condizentes ao horário descrito na declaração de comparecimento.

**IMPORTANTE: Todos os comprovantes precisam ser originais e sem rasuras.**

#### Fui comunicado(a) de que...

Os acompanhantes, QUANDO AUTORIZADOS, deverão ser maiores de 18 (dezoito) anos e preferencialmente menor de 60 (sessenta) anos, documentados e capacitados física/mentalmente. O acompanhante deverá ser preferencialmente pessoa da família, maior de idade e responsável legal, devendo ser munícipe de Sorocaba-SP e possuir cadastro em uma Unidade Básica de Saúde.

O T.F.D. não se responsabilizará pelas despesas decorrentes da substituição de acompanhante que viaje por conta própria (sem autorização prévia) durante o curso do tratamento.

#### Recebi orientações de que...

Este cadastro terá validade de 01 (um) ano para atendimento dentro da mesma patologia, a contar da data de hoje. Após esse período, se o paciente permanecer em tratamento fora do domicílio, o médico deverá emitir um novo laudo para continuidade do benefício do T.F.D.

---

Assinatura do paciente

## APÊNDICE III – Autorização de Crédito Bancário



Sorocaba, 00/00/00

### AUTORIZAÇÃO DE CRÉDITO BANCÁRIO

Eu, \_\_\_\_\_, brasileiro(a), portador(a) do CPF nº \_\_\_\_\_, ao submeter as documentações comprobatórias à análise e aprovação do setor responsável, autorizo crédito pecuniário referente ao auxílio de custo do setor de Tratamento Fora do Domicílio (T.F.D.) da Secretaria de Saúde da Prefeitura de Sorocaba na conta bancária cujos dados seguem abaixo:

<b>Nome do Titular da Conta</b>			
<b>CPF:</b>			
<b>Banco:</b>			
<b>Agência:</b>		<b>Corrente</b>	
<b>Conta nº:</b>		<b>Poupança</b>	

\_\_\_\_\_  
 Nome Completo do(a) Paciente  
 Assinatura

## APÊNDICE IV – Protocolo de Entrega dos Comprovantes de Viagem – T.F.D.

Protocolo de Entrega dos Comprovantes de Viagem – T.F.D.							
VALIDADE MAX. DO BENEFÍCIO	00/00/00	Especialidade autorizada:					
OBSERVAÇÃO							
Nome do(a) Paciente							
VALOR VIAGEM POR PESSOA	VALOR ALIMENTAÇÃO INDIVIDUAL	PERNOITE INDIVIDUAL	BÁSICO	PARCIAL	INTEGRAL		
Comprovantes entregues em:		/ /	Referente viagem de			a	
Tipo		Valor(es)					
Passagem		R\$ 0,00					
Alimentação		R\$ 0,00					
Pernoite		R\$ 0,00					
TOTAL		R\$ 0,00					
		<b>Recebido por:</b> R: Moreira César, 398 <b>Fone: (15) 3238-2795</b> E-mail: regula.tfd@sorocaba.sp.gov.br Segunda à Sexta, das 08h às 13h e das 14h às 16h					

**A cada 12 (doze) meses apresente cópias do laudo ou relatório médico e do comprovante de residência para continuidade do auxílio.**

ESTIMATIVA DE ECONOMIA COM OS GASTOS DA FONTE 1

ANO	2018		2019		2020		2021		ECONOMIA 30% A MENOS DE FONTE 1
	VALOR TOTAL	ECONOMIA 30% A MENOS DE FONTE 1	VALOR TOTAL	ECONOMIA 30% A MENOS DE FONTE 1	VALOR TOTAL	ECONOMIA 30% A MENOS DE FONTE 1	VALOR TOTAL	ECONOMIA 30% A MENOS DE FONTE 1	
	R\$ 200.130,98	R\$ 84.055,01	R\$ 258.138,35	R\$ 108.418,11	R\$ 200.040,52	R\$ 84.017,02	R\$ 175.425,91	R\$ 84.017,02	R\$ 73.678,88
VALOR DE REPASSE	R\$ 80.052,39		R\$ 103.255,34		R\$ 80.016,20		R\$ 70.170,36		
VALOR DE FONTE 01	R\$ 120.078,58	R\$ 84.055,01	R\$ 154.883,01	R\$ 108.418,11	R\$ 120.024,31	R\$ 84.017,02	R\$ 105.255,54	R\$ 84.017,02	R\$ 73.678,88
QUANTIDADE DE PESSOAS ATENDIDAS	346	346	375	375	283	283	244	283	244
QUANTIDADE DE VIAGENS REALIZADAS	2.695	2.695	3.188	3.188	2.253	2.253	2.095	2.253	2.095
OBS: COM A APROVAÇÃO DA LEI, É ESTIMADO UMA ECONOMIA DE 30% DO VALOR GASTO HOJE COM A FONTE 1									