



ESTADO DO TOCANTINS
PREFEITURA MUNICIPAL DE BURITI DO TOCANTINS
Rua Novo Horizonte, nº 02 - Centro - Cep. 77.995-000 - Buriti do Tocantins - TO - CNPJ 25.061.722/0001-87
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
CNPJ: 11.204.812/0001-75 - Rua Luiz Gonzaga, 1030 - Centro - Fone/Fax: (63) 3459-1383
email: buriti@saude.to.gov.br/fmsburiti@hotmail.com

LEI Nº 072/2011 DE 18 DE AGOSTO DE 2011.

CERTIDÃO
CERTIFICO, para os fins necessários, que o(a) LEI Nº 072/2011 foi publicado na íntegra no placar da Prefeitura destinado à divulgação e publicidade dos atos oficiais do município, atendendo a determinação do Artigo 61.º da Lei 8.666/93.
Em 18.08.2011

Secretaria Mun. de Administração

"Implanta o Programa de Tratamento Fora do Domicílio - TFD no Município de Buriti do Tocantins e dá outras providências."

O PREFEITO MUNICIPAL DE BURITI DO TOCANTINS, **Alvimar Cayres Almeida**, no uso de suas atribuições legais conferidas por Lei, **FAZ SABER** que a Câmara Municipal aprovou e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º - Fica implantado no Município de Buriti do Tocantins o Programa Tratamento Fora do Domicílio - TFD, garantindo aos usuários do Sistema Único de Saúde, quando esgotados todos os meios de tratamento neste Município, custeando despesas decorrentes do deslocamento a outro Município de Referência, dentro do Estado de Tocantins, para tratamento adequado.

Art. 2º - O TFD tem por objetivo custear as despesas decorrentes do deslocamento dos beneficiários do programa para os Municípios pactuados na Programação Pactuada Integrada - PPI, previsto no Pacto pela Saúde, conforme Portaria no 399 de 22 de Fevereiro de 2006.

§1º - A garantia do presente programa só será concedida quando esgotados todos os recursos dos serviços de saúde dentro do Município de Buriti do Tocantins e as condições do usuário requererem sua remoção para localidades dotadas e pactuadas através da Programação Pactuada Integrada - PPI a centros mais avançados dentro do Estado de Tocantins.

§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 da Secretaria Municipal de Saúde/Fundo Municipal de Saúde.

Art. 3º - O processo para solicitação de Tratamento Fora do Domicílio - TFD, será iniciado mediante os seguintes documentos:

I. Requerimento de Solicitação;



ESTADO DO TOCANTINS
PREFEITURA MUNICIPAL DE BURITI DO TOCANTINS
Rua Novo Horizonte, nº 02 - Centro - Cep: 77.995-000 - Buriti do Tocantins - TO - CNPJ 25.061.722/0001-87
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
CNPJ: 11.204.812/0001-75 - Rua Luiz Gonzaga, 1030 - Centro - Fone/Fax: (63) 3459-1383
email: buriti@saude.to.gov.br/fmsburiti@hotmail.com

II. Laudo médico;

III. Comprovante de Agendamento de Consulta/exame;

IV. Cartão SUS;

V. Comprovante de residência;

VI. Xerox da Identidade, CPF e/ou Certidão de Nascimento (para menores);

§1º Os documentos deveram ser encaminhados à Secretaria Municipal de Saúde, via Setor de Arquivo e Protocolo da Prefeitura municipal de Buriti do Tocantins, com até 15 (quinze) dias de antecedência da data prevista para o atendimento, detalhando o problema de saúde do paciente e a indicação do serviço, se é de alta ou média complexidade, para encaminhamento ao Município de Referência.

§2º - O laudo e a requisição de que tratam o caput deste artigo serão emitidos por profissional médico integrante do SUS, onde o paciente foi primeiramente atendido, devendo ser preenchidos em 02 vias, em letra de forma legível, atestando a necessidade do paciente em utilizar o referido processo de tratamento.

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

Art. 4º - Para efeito da garantia de transporte e pousada para o acompanhante do paciente, o médico deverá justificar a necessidade de acompanhamento no formulário próprio de TFD (ver Anexo);

§1º - Será autorizado apenas 1 (um) acompanhante maior de 18 (dezoito) anos, 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 anos será considerado 01 (um) acompanhante (pai ou mãe), exceto em casos de lactentes menores de 01 (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, pois em conformidade com a legislação em vigor a Portaria no 280/GM/MS, 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.

- **Parágrafo Único.** Nos casos de Urgência o setor de TFD da SMS deverá, em casos de comprovada urgência - fundamentada pelo Laudo Médico e exames complementares - atender em caráter especial a pronta emissão das passagens para deslocamento de pacientes em TFD.

18

20



ESTADO DO TOCANTINS
PREFEITURA MUNICIPAL DE BURITI DO TOCANTINS
Rua Novo Horizonte, nº 02 - Centro - Cep: 77.995-000 - Buriti do Tocantins - TO - CNPJ 25.061.722/0001-87
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
CNPJ: 11.204.812/0001-75 - Rua Luiz Gonzaga, 1030 - Centro - Fone/Fax: (63) 3459-1383
email: buriti@saude.to.gov.br/fmsburiti@hotmail.com

Art. 6º - O TFD não poderá ser autorizado para:

- 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 Buriti do Tocantins;
- 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. Para tratamento em outros Estados da Federação, uma vez que diante dessa necessidade, passará a ser acompanhado pela Secretaria Estadual de Saúde.

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 ao Município de Buriti do Tocantins no mesmo dia, serão custeadas apenas despesas de 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 de Saúde de origem, no Setor de Arquivo e Protocolo da Prefeitura Municipal.

Art. 9º - Serão autorizados somente os procedimentos codificados a seguir, cuja descrição e valor constam da Tabela Unificada do SUS, Grupo 08, subgrupo 03: **PROCEDIMENTO**

080301001-0 - ajuda de custo p/ alimentação pernoite de paciente;

080301004-4 - ajuda de custo p/alimentação pernoite de acompanhante;

Art. 10º - O pagamento das diárias será efetuado através de depósito em conta corrente ou poupança, cheque em nome do paciente ou do seu representante legal.

Art. 11º - As despesas com a execução desta Lei correrão por conta de dotações próprias do orçamento vigente, suplementadas se necessário.

Art. 12º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

BURITI DO TOCANTINS-TO., aos 18 dias do mês de AGOSTO de 2011.


ALVIMAR CAYRES ALMEIDA
Prefeito Municipal


SIDNEY OLIVEIRA SILVA
Secretário Municipal de Saúde



ESTADO DO TOCANTINS
PREFEITURA MUNICIPAL DE BURITI DO TOCANTINS
Rua Novo Horizonte, nº 02 - Centro - Cep: 77.995-000 - Buriti do Tocantins - TO - CNPJ 25.061.722/0001-87
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
CNPJ: 11.204.812/0001-75 - Rua Luiz Gonzaga, 1030 - Centro - Fone/Fax: (63) 3459-1383
email: buriti@saude.to.gov.br/fmsburiti@hotmail.com

Anexo I
PEDIDO DE TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO

MUNICÍPIO DE ORIGEM:		REGIONAL DE SAÚDE:	
Nº Cartão do SUS:		PEDIDO Nº	DATA:
Nome Paciente:		Nome da Mãe:	
Data de Nascimento: ____/____/____	Idade:	Município de Nascimento:	UF:
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Altura: (centímetros)		Peso: (gramas)
Endereço:		Nº	Bairro
Município:	Complemento:	CEP:	UF:
E-mail:	Telefone:	Telefone Celular:	
Identidade:	Órgão Emissor:	UF:	Data da Expedição: ____/____/____
CPF:	Certidão de Nascimento: (Anexar Cópia)		
PACIENTE: 1º ATENDIMENTO FORA DO DOMICÍLIO EM TRATAMENTO (Anexar comprovantes)			
TFD REGIONAL JUSTIFICATIVA: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div>_____ Secretaria Municipal de Saúde</div><div>_____ Coordenadoria Regional de Saúde</div></div>			
PARECER DA COMISSÃO MÉDICA DE REGULAÇÃO: NEGADO AUTORIZADO INCONCLUSIVO JUSTIFIQUE: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div>_____ Comissão Médica / Data</div><div>_____ Servidor/Carimbo/Matrícula</div></div>			



ESTADO DO TOCANTINS
PREFEITURA MUNICIPAL DE BURITI DO TOCANTINS
Rua Novo Horizonte, nº 02 - Centro - Cep: 77.995-000 - Buriti do Tocantins - TO - CNPJ 25.061.722/0001-87
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
CNPJ: 11.204.812/0001-75 - Rua Luiz Gonzaga, 1030 - Centro - Fone/Fax: (63) 3459-1383
email: buriti@saude.to.gov.br/fmsburiti@hotmail.com

TOCANTINS

ORIENTAÇÕES PARA TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO/BURITI DO

I - OS PROCESSOS DE TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO SOMENTE SERÃO LIBERADOS PARA PACIENTES COM CONSULTAS BÁSICA E/OU ESPECIALIZADA REALIZADAS PELO SUS;

II - DEVERÁ SER PREENCHIDO INTEGRALMENTE DE ACORDO COM AS ORIENTAÇÕES A SEGUIR, COM LETRA LEGÍVEL.

• Nº DO CARTÃO DO SUS
SE O PACIENTE NÃO POSSUIR SERÁ FORNECIDO PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, SE AUTORIZADO O PROCESSO.

• DATA
REFERE-SE À DATA DE ABERTURA DO PROCESSO.

• DADOS DO PACIENTE
PREENCHER INTEGRALMENTE TODOS OS ITENS.

• AUTORIZAÇÃO DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE OU SECRETÁRIA MUNICIPAL DE AÇÃO SOCIAL OU PROFISSIONAIS DESIGNADOS POR ESTES JUNTO AO SETOR MUNICIPAL DE TFD RESPECTIVAMENTE.

OBS: ESTES PROFISSIONAIS ESTARÃO ATESTANDO QUE O PACIENTE TEVE ATENDIMENTO PELO SUS QUANDO FOI GERADO O LAUDO MÉDICO DE TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO.

• JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO
JUSTIFICATIVA CLÍNICA CONSTANDO:
- HISTÓRIA DA MOLÉSTIA, EXAME CLÍNICO, TRATAMENTO JÁ REALIZADO, COM REFERÊNCIAS CRONOLÓGICAS;
- EXAMES DE RELEVÂNCIA REALIZADOS ANTERIORMENTE/ ANEXAR XEROX;
- OBJETIVO DO TRATAMENTO SOLICITADO.

• MÉDICO SOLICITANTE (DATA/CARIMBO/ASSIS. /CRM/CPF DO MÉDICO)
IDENTIFICAÇÃO COMPLETA DO MÉDICO SOLICITANTE - DATA DE EMISSÃO DO LAUDO.

• AUTORIZAÇÃO DE LAUDOS
QUANDO SOLICITADO TRATAMENTO DENTRO DO ESTADO SERÁ AUTORIZADO PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEPARTAMENTO FINANCEIRO DA SEMUS.
QUANDO AUTORIZADO TRATAMENTO FORA DO ESTADO SERÁ AUTORIZADO PELA COMISSÃO MÉDICA DE REGUAÇÃO/SES.

REAVLIAÇÃO DE LAUDO INCONCLUSIVO

SITUAÇÃO DO LAUDO <input type="checkbox"/> AUTORIZADO <input type="checkbox"/> NEGADO <input type="checkbox"/> INCONCLUSIVO	PROCEDIMENTO AUTORIZADO: 	DESTINO: 	CÓDIGO:
	MOTIVO: 		
DATA DA AUTORIZAÇÃO 	MÉDICO AUTORIZADOR (ASSINATURA / CARIMBO) 	CRM 	



ESTADO DO TOCANTINS
PREFEITURA MUNICIPAL DE BURITI DO TOCANTINS
Rua Novo Horizonte, nº 02 - Centro - Cep: 77.995-000 - Buriti do Tocantins - TO - CNPJ 25.061.722/0001-87
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
CNPJ: 11.204.812/0001-75 - Rua Luiz Gonzaga, 1030 - Centro - Fone/Fax: (63) 3459-1383
email: buriti@saude.to.gov.br/fmsburiti@hotmail.com

Anexo II

**LAUDO MÉDICO TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO
PARA DENTRO DO ESTADO**

NOME DO PACIENTE:		IDADE:
NOME DO MÉDICO SOLICITANTE:		
CPF:	TELEFONE:	CELULAR:
DIAGNÓSTICO INICIAL:		CID 10:
CARÁTER DO ATENDIMENTO	HOSPITALAR	AMBULATORIAL
1 - HISTÓRICO DA DOENÇA:		
2 - EXAME FÍSICO:		
3 - DIAGNÓSTICO PROVÁVEL:		
4 - EXAME(S) COMPLEMENTAR(ES) REALIZADO(S): ANEXAR CÓPIA(S)		
5 - TRATAMENTOS REALIZADOS:		
6 - PROCEDIMENTO/TRATAMENTO SOLICITADO:		
7 - JUSTIFICAR AS RAZÕES QUE IMPOSSIBILITAM A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO/ EXAME NA LOCALIDADE:		
8 - JUSTIFICAR EM CASO DE NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE:		
9 - TRANSPORTE RECOMENDÁVEL: (JUSTIFICAR) RODOVIÁRIO AÉREO AMBULÂNCIA JUSTIFIQUE:		
LOCAL E DATA:		ASSINATURA/ CARIMBO DO PROFISSIONAL (médico)