



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA  
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

RESOLUÇÃO  
CIB.RR Nº 07/2015

OS COORDENADORES DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE, no uso de suas atribuições legais que lhe são conferidas e em cumprimento aos dispositivos constantes do seu Regimento Interno, e

Considerando a Portaria SAS/GM n.º 55, de 24 de setembro de 1999, que dispõe sobre o TFD no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando ainda, consenso entre Gestão Estadual e Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Roraima – COSEMS/RR na 1ª reunião extraordinária ocorrida em 4 de março de 2015;

**RESOLVEM:**

**Art. 1º** – Aprovar a Normatização do Serviço de Tratamento Fora de Domicílio – TFD, do Município de Boa Vista – RR, conforme Anexo Único;

**Art. 2º** - Esta resolução entrará em vigor a partir da data de sua publicação no Diário Oficial do Estado.

Boa Vista (RR), 4 de março de 2015.

  
**KALIL GIBRAN LINHARES COELHO**  
Secretário de Estado da Saúde de Roraima  
Coordenador da CIB Roraima

  
**IVANILDE FERREIRA DE OLIVEIRA**  
Secretária de Saúde do Município de Iracema  
Presidente do COSEMS/RR

**PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL**  
2479 de 10/03/15



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA  
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

**RESOLUÇÃO CIB/RR**  
**Nº 07/2015**

**ÍNDICE**

1. DO CONCEITO.....
2. DA REGULAÇÃO ELETIVA E DE ALTA COMPLEXIDADE.....
3. DA AUTORIZAÇÃO E CONCESSÃO.....
4. DAS EMERGÊNCIAS.....
5. DA JUNTA MÉDICA.....
6. DO TRATAMENTO.....
7. DO ACOMPANHANTE .....
8. DA EMISSÃO DE PASSAGENS.....
9. DA AJUDA DE CUSTO/ AUXÍLIO FINANCEIRO.....
10. DA PRESTAÇÃO DE CONTA.....
11. DO ÓBITO .....
12. DOS CASOS OMISSOS.....
13. FLUXOGRAMA .....
14. ANEXO I .....
15. ANEXO II.....





COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA  
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

## 1. DO CONCEITO

1.1. O TFD (Tratamento Fora de Domicílio) instituído pela Portaria SAS Nº. 055/99 visa garantir o deslocamento de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) para Municípios/Estados de referência, quando o Município de origem não dispuser do tratamento necessário ao restabelecimento da saúde do paciente;

1.2. As despesas decorrentes da concessão de auxílio para TFD serão custeadas pelo Ministério da Saúde e pelo Município de Boa Vista, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, com recursos do Sistema Único de Saúde, na forma estabelecida pela Portaria nº 55, de 24 de fevereiro de 1999, da Secretaria de Assistência à Saúde – SAS/MS e através do ressarcimento pelo Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS, mediante a abertura de processos específicos para a compra de passagens aéreas e terrestres e pagamento de ajuda de custo para custeio de alimentação e pernoite de pacientes e acompanhantes em Tratamento Fora de Domicílio;

1.3. A Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista é responsável por todos os TFD'S infantis, a partir do 30º (trigésimo) dia de vida, até 12 (doze) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias de vida.

## 2. DA REGULAÇÃO ELETIVA E DE ALTA COMPLEXIDADE

2.1. O Ministério da Saúde através da **Portaria GM/MS Nº. 2.309 de 19 de Dezembro de 2001** instituiu a CNRAC (Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade) no âmbito da Secretaria de Atenção a Saúde/SAS, com o objetivo de coordenar a referência interestadual de pacientes que necessitem de assistência hospitalar de alta complexidade nas cinco (05) especialidades: **Oncologia, Traumatologia, Cardiologia, Neurocirurgia e Gastroenterologia. (Portaria SAS Nº. 258/09);**

2.2. A Secretaria de Atenção a Saúde através da **Portaria SAS Nº. 589 de 27 de Dezembro de 2001**, estabelece que as solicitações à CNRAC das 05 (cinco) especialidades, deverão ser encaminhadas pela Secretaria de Estado da Saúde, por meio da CERAC (Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade), que necessita do cadastro do paciente no sistema da CNRAC, devendo atender pacientes referenciados pelo Município de Boa Vista;

### 2.2.1. Dos procedimentos contemplados na CNRAC.

2.2.1.1. Após a avaliação e confirmação da necessidade de TFD, será realizado o cadastro dos dados fornecidos pelo médico solicitante junto a CNRAC, que analisa requisitos que estabelecem a condição da unidade solicitante e do Laudo Eletrônico e indica a opção assistencial mais adequada para o paciente, acionando o Município de Boa Vista quando da confirmação da vaga para realização do procedimento para providências quanto ao agendamento junto ao estabelecimento executante, sendo necessário nesses casos emissão de bilhetes aéreos/ terrestres e ajuda de custo/auxílio financeiro, custeadas pela Secretaria Municipal de Saúde – SMSA, para confirmação de tal agendamento.

2.3. Os casos não referenciados pela CNRAC serão tratados como Regulação Eletiva e atendidos pela Gerência de TFD.

2.3.1. Os pacientes cujo tratamento não esteja previsto na Tabela de Procedimentos das especialidades da CNRAC, serão encaminhados para Coordenação de Regulação/TFD, a fim de proceder captação de atendimento e deverão obedecer aos mesmos critérios quanto a confirmação de vaga, data e horários agendados pelo estabelecimento de saúde de destino em outra Unidade da Federação, que realizará atendimento.





COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA  
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

### 3. DA AUTORIZAÇÃO E CONCESSÃO

**3.1.** A solicitação de TFD será sugerida pelo médico assistente e confirmado pela Junta Médica do TFD, mediante Laudo Médico, preenchido em 02 (duas) vias, sem rasuras, em cujo documento deverá ficar bem caracterizada a situação clínica do beneficiário, de acordo com o art. 6º da Portaria SAS/MS nº 55/99. O laudo deverá vir digitalizado da unidade de saúde e terá validade de 01 (um) ano, podendo ser renovado periodicamente pelo médico assistente do paciente, desde que comprovada necessidade de continuação do tratamento;

**3.2.** O TFD será concedido, **exclusivamente** a pacientes atendidos na Rede Pública ou em Unidades Conveniadas/Cadastradas ao SUS, quando esgotados todos os meios de tratamento no município/estado;

**3.3.** O usuário somente dará entrada ao processo de TFD quando portar todos os documentos exigidos, incluindo o laudo digitalizado e devidamente preenchido;

**3.4.** O Pedido de TFD indeferido pela Junta Médica não será devolvido ao solicitante e ficará arquivado no Setor de TFD pelo período de 01 (um) ano. Findo este prazo, serão descartados;

**3.5.** A emissão e digitação do laudo de TFD será realizada pelo Hospital da Criança Santo Antônio e/ ou demais Unidades de Saúde do Estado, na sala de digitação de laudo;

**3.6.** Excluem-se deste:

**3.6.1.** Procedimentos não constantes na tabela SIA e SIH/SUS;

**3.6.2.** Todos os encaminhamentos das doenças de tratamento universal como: (Tuberculose, Hemodiálise, Malária, Leishmaniose, entre outras);

**3.6.3.** Tratamentos Fisioterápicos, Doenças Psiquiátricas, Pacientes em Estado Terminal e Paciente fora de possibilidades terapêuticas.

**3.7.** O retorno do paciente para continuidade do tratamento de saúde, dependerá de prévia avaliação da Junta Médica do TFD, e quando este período for superior a 60 (sessenta) dias do seu retorno a cidade de origem, exceto o paciente transplantado e/ou os casos de extrema necessidade quando justificado pelo médico executante nas Unidade de Tratamento.

**3.7.1.** Quando o retorno do paciente para acompanhamento do tratamento for inferior a 60 (sessenta) dias, o mesmo deverá permanecer no Município/Estado onde **realiza o** tratamento.

**3.8.** O paciente será obrigatoriamente submetido à avaliação da junta médica, exceto quando não puder comparecer por complicações clínicas, e nos casos de pacientes internos, será levado para avaliação apenas o laudo de TFD. Após avaliação ocorrerá emissão de parecer em campo próprio do laudo;

**3.9.** Após avaliação da junta médica, os processos de TFD's de Alta Complexidade serão repassados para a equipe técnica do TFD/SMSA, para cadastro dos dados na CNRAC. Nos demais casos, a equipe técnica da Regulação/TFD realizará contato com as Secretarias de Estado da Saúde e hospitais de referências, através do envio de e-mail, transmissão de fax com folha de rosto e contato por telefone, solicitando o agendamento de atendimento fora do Estado. O prazo estabelecido para resposta do possível agendamento será de 15 (quinze) dias. Caso não haja resposta, a solicitação será reiterada, após esse período;

**3.10.** Tão logo tenha a confirmação da data do atendimento, o setor de TFD, entrará em contato com o paciente/acompanhante para comparecimento junto ao serviço social para estudo de caso e encaminhará o processo para solicitação de passagens e de ajuda de custo para paciente e acompanhante;

**3.11.** O Serviço Social do TFD realizará o Estudo de Caso, bem como as orientações dos direitos e deveres do paciente/acompanhante e do Tratamento Fora de Domicílio e assinaturas dos documentos necessários ao processo de TFD;





COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA  
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

**3.12.** Juntamente com as passagens a SMSA responsabilizar-se-á pelo fornecimento de Ajuda de Custo/Auxílio Financeiro em quantidade suficiente, de acordo com a Portaria SAS Nº. 055/99, a ser liberada para o paciente/acompanhante, que serão responsáveis pelo gerenciamento de tal recurso;

**3.13.** O valor da ajuda de custo é de R\$ 24,75 (vinte e quatro reais e setenta e cinco centavos) por dia para o paciente e R\$ 24,75 (vinte e quatro reais e setenta e cinco centavos) para o acompanhante, perfazendo o valor de R\$ 49,50 (quarenta e nove reais e cinquenta centavos).

**3.13.1.** Os pacientes internos na Unidade de Tratamento não receberão ajuda de custo, conforme previsto no § 4º da Portaria SAS Nº 55/99.

**3.13.2.** Nos Estados onde houver hotéis ou pousadas conveniados com a SMSA/BV, não haverá concessão de Ajuda de Custo/Auxílio Financeiro, conforme previsto na Portaria MS/SAS/Nº. 55/99.

**3.14.** Constará no laudo Médico de TFD, sendo este de modelo único para as Unidades de Saúde, a ser preenchido em 02 (duas) vias, sendo uma manuscrita e outra digitalizada sem rasuras, os seguintes dados **OBRIGATORIAMENTE**:

- a) Dados de identificação do paciente;
- b) Dados de identificação do acompanhante;
- c) Dados de identificação do médico solicitante;
- d) Principais sinais e sintomas clínicos (histórico atual da doença);
- e) Diagnóstico inicial e CID específico;
- f) Procedimento solicitado;
- g) Código do procedimento solicitado;
- h) Condições que justificam a internação;
- i) Principais resultados de provas diagnósticas;
- j) Exames complementares realizados;
- k) Tratamento (s) realizado(s);
- l) Tratamento indicado e duração provável;
- m) Necessidade de acompanhante com justificativa. Nos casos de crianças e/ou adolescentes será observada a legislação vigente;
- n) Justificativa de proposta de TFD, em função de inexistência de recursos especializados no Estado de Roraima;
- o) Assinatura e carimbo do médico solicitante.

**3.15.** Todos os campos do Laudo Médico de TFD são de **preenchimento obrigatório pelo médico solicitante**, sob pena de não autorização do TFD;

**3.16.** É de responsabilidade da Unidade que emite o TFD digitar o laudo manuscrito pelo médico, imprimir o mesmo, solicitar a nova assinatura do médico, bem como repassar toda documentação necessária para o usuário dar entrada na Gerência de TFD/SMSA;

**3.17.** A SMSA não se responsabilizará em dar apoio aos pacientes que por livre e espontânea vontade dirigirem-se a outra Unidade da Federação para realizar tratamentos sem que tenham seguido as Normas de TFD estabelecidas nesta normatização, acarretando o abandono do TFD com suspensão de todos os benefícios;

**3.18.** A duração do Tratamento será estipulada pelo serviço de referência que atende ao paciente, justificada a permanência através de Relatório Médico, limitando-se ao tempo necessário para sua recuperação parcial ou total.

#### 4. DAS EMERGÊNCIAS

**4.1.** Nos casos de pedido de TFD em situação de emergência, aos sábados, domingos e feriados, o pedido deverá ser encaminhado do seguinte modo:

- a) Providenciar solicitação de TFD assinada por no mínimo dois médicos do plantão, onde já será indicada a necessidade ou não de acompanhante profissional de saúde (médico e/ou enfermeiro), com os documentos necessários;





COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA  
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

- b) A unidade de saúde onde o paciente estiver internado, realizará **TODOS** os contatos necessários para transferência do paciente a outras unidades de referência;
- c) Contatar o responsável pelo setor de TFD designado pela SMSA para liberação/aquisição de passagem aérea/terrestre comercial, desde que, tenha o documento de confirmação de atendimento da Unidade de Saúde que irá receber o paciente;
- d) No primeiro dia útil após a emergência, o caso deverá ser encaminhado ao setor de TFD para ser dado seguimento ao processo.

**4.2.** No caso de pedido de TFD em situação de emergência nos dias úteis, o procedimento será realizado pelo setor de TFD da seguinte forma:

- a) Solicitação do TFD assinado por dois médicos do plantão, indicando a necessidade ou não de acompanhante profissional de saúde (médico e/ou enfermeiro), com os documentos necessários;
- b) Procedimento conforme item 4.1, alínea b e seguintes.

## 5. DA JUNTA MÉDICA

**5.1.** A Junta Médica do TFD será composta por no mínimo 03 (três) médicos e uma assistente social;

**5.2.** A Junta Médica se reunirá conforme agendamento prévio do setor de TFD;

**5.3.** A Junta Médica por meio do serviço social deverá **apresentar mensalmente** a SMSA/Regulação/TFD, relatórios das atividades realizadas ou registro em livro que deverá constar:

- a) o número de reuniões realizadas no mês;
- b) número de pacientes/pedidos de TFD analisados, com respectiva hipótese diagnóstica;
- c) casos deferidos/ indeferidos, com devida justificativa em caso de indeferimento.

## 6. DO TRATAMENTO

**6.1.** Ao término do tratamento, a Unidade Médica Assistencial encaminhará o paciente ao estado de origem com o **Relatório de Alta ou Relatório de Contra Referência**, devidamente preenchido, esclarecendo o tratamento realizado pelo paciente;

**6.2.** O retorno do paciente ficará submetido à avaliação prévia da junta médica;

**6.3.** Somente terão direito ao recebimento de novos benefícios de TFD (passagens e ajuda de custo para alimentação e pernoite) aqueles pacientes estritamente em dia com a prestação de contas, ou seja, relatório de atendimento e/ou alta e demais documentos pertinentes solicitados pelo setor de TFD.

## 7. DO ACOMPANHANTE

**7.1.** Os acompanhantes deverão ser maiores de 18 (dezoito) anos, devidamente documentados e capacitados física/ mentalmente, devendo ser preferencialmente pessoa da família e responsável legal, não podendo o mesmo residir no município de destino.

**7.1.1.** O acompanhante deverá assumir a responsabilidade de permanecer até o fim do término do tratamento do paciente, ciente de que não pode retornar a cidade de origem sem que o mesmo esteja liberado pelo médico nos casos de alta provisória ou definitiva;

**7.1.2.** Os casos excepcionais deverão ser apreciados/ autorizados pelo gestor da pasta;

**7.1.3.** Deverá ser dada preferência ao acompanhante alfabetizado.

**7.2.** O Acompanhante não deverá: Abandonar o paciente em hipótese alguma. (**Art. 133 Código Penal - abandono de incapaz**).





COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA  
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

**7.2.1.** Em hipótese de o acompanhante apresentar condições de saúde que o impeçam de permanecer, sendo justificada com laudo médico, a SMSA não se responsabilizará por enviar outro acompanhante, sendo VEDADA a troca de acompanhantes;

**7.2.2.** Em casos excepcionais só poderá haver troca de acompanhante por duas vezes mediante os seguintes critérios: casos de doença, falecimento de algum familiar, todos devidamente comprovados.

## 8. DA EMISSÃO DE PASSAGENS

**8.1.** As passagens aéreas/terrestres serão emitidas nominalmente, com trajeto definido, não sendo permitido:

a) Mudança do trajeto;

b) mudança de acompanhante em um mesmo período de tratamento fora de domicílio, exceto nos casos justificados no item: **7.2.2**

c) Desmembramento de trecho;

**8.2.** Nos casos em que o paciente necessitar ser transportado com uso de maca e/ou oxigênio a bordo da aeronave, deverão ser observados os seguintes itens, sendo de responsabilidade da unidade solicitante:

a) Solicitar o serviço com até 72 (setenta e duas) horas de antecedência ao voo reservado, com o preenchimento do formulário eletrônico – MEDIF pelo médico responsável que acompanhará o paciente, o qual deverá ser enviado à Gerência de TFD;

b) Encaminhar os resultados de exames de sangue do paciente e exame de saturação de oxigênio, juntamente com Relatório Médico atestando as condições clínicas do paciente;

c) Estipular a quantidade de oxigênio (bala) necessário;

d) Anexar cópia do CRM e Cartão do SUS do médico que acompanhará o paciente.

**8.2.1.** Tomar as providências no aeroporto de origem e destino, com relação ao transporte (ambulância), hospital ou quem se responsabilizará pela locomoção e recepção do paciente;

**8.2.2.** Todo paciente que viaja em maca deverá obrigatoriamente ser acompanhado por médico, exceto quando, justificado por laudo médico do especialista responsável a não necessidade do acompanhamento. Tal pedido visa cumprir as normas das Companhias Aéreas;

**8.2.3.** No ato da emissão do bilhete, deverá ser apresentado o MEDIF (Formulário de Informações para passageiros com necessidades especiais).

**8.2.4.** A ambulância deve chegar ao aeroporto com no mínimo 01h30minh de antecedência ao horário marcado do voo, para providenciar autorização de entrada no pátio junto a INFRAERO.

## 9. DA AJUDA DE CUSTO/AUXILIO FINANCEIRO

**9.1.** A Ajuda de Custo/Auxilio Financeiro será concedida em nome do (a) acompanhante do paciente.

**9.2.** A Ajuda de Custo/Auxilio Financeiro será paga conforme previsão de tratamento solicitada no TFD, podendo ser prorrogadas conforme solicitação do profissional que assiste o paciente na unidade de tratamento, por meio do envio de relatórios médicos mensalmente, durante o tempo de permanência do paciente no local de tratamento;

**9.3.** As ajudas de custo/auxilio financeiro, recebidas além dos dias permanecidos pelo paciente/acompanhante, deverão ser restituídas ao Fundo Municipal de Saúde;





COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA  
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

**9.4.** O paciente enquanto permanecer internado não terá direito a ajuda de custo/auxílio financeiro, sendo pagas somente ao acompanhante, conforme previsto na Portaria SAS Nº. 055/99.

**9.5.** As ajudas de custo/auxílio financeiro serão tipificadas do seguinte modo:

**9.5.1.** Ajuda de Custo de **encaminhamento**: concedida inicialmente;

**9.5.2.** Ajuda de Custo de **trânsito**: concedida por continuidade do tratamento na Unidade de Referência;

**9.5.3.** Ajuda de Custo de **prestação de contas**: concedida além dos dias de permanência, observando o disposto no item 9.3.

## **10. DA PRESTAÇÃO DE CONTA**

**10.1.** O acompanhante do paciente em TFD, deverá antes da viagem, assinar Termo de Compromisso, assumindo o dever de prestar contas da viagem. **Não será autorizada a viagem enquanto não for devidamente assinado o respectivo termo;**

**10.2.** Após o retorno da viagem, o acompanhante terá prazo máximo de 10 (dez) dias para apresentar os seguintes documentos:

- a) Relatórios médicos originais;
- b) Bilhetes de passagens e cartões de embarque;
- c) As Prestações de Contas de Ajuda de Custo serão realizadas pela data da saída e data da chegada do paciente, observando a data da alta médica e o prazo para emissão da passagem de retorno.

**10.3.** A não prestação de contas implicará necessariamente em:

- a) Cancelamento do TFD;
- b) Proibição da concessão de qualquer outro TFD;
- c) Tomada das medidas judiciais civis e criminais cabíveis.

## **11. DO ÓBITO**

**11.1.** Nos casos em que houver óbito do paciente ou acompanhante em TFD, a SMSA, responsabilizar-se-á pelas despesas decorrentes do traslado do corpo. É necessária, para a realização desse serviço, a autorização da gerência de TFD à empresa prestadora do serviço. A comunicação sobre o óbito poderá ser efetuada em qualquer dia da semana, incluindo feriados através dos telefones (95) 3224-1928/3623-5772;

**11.2.** O corpo será entregue aos familiares no Aeroporto Internacional de Boa Vista.

## **12. DOS CASOS OMISSOS**

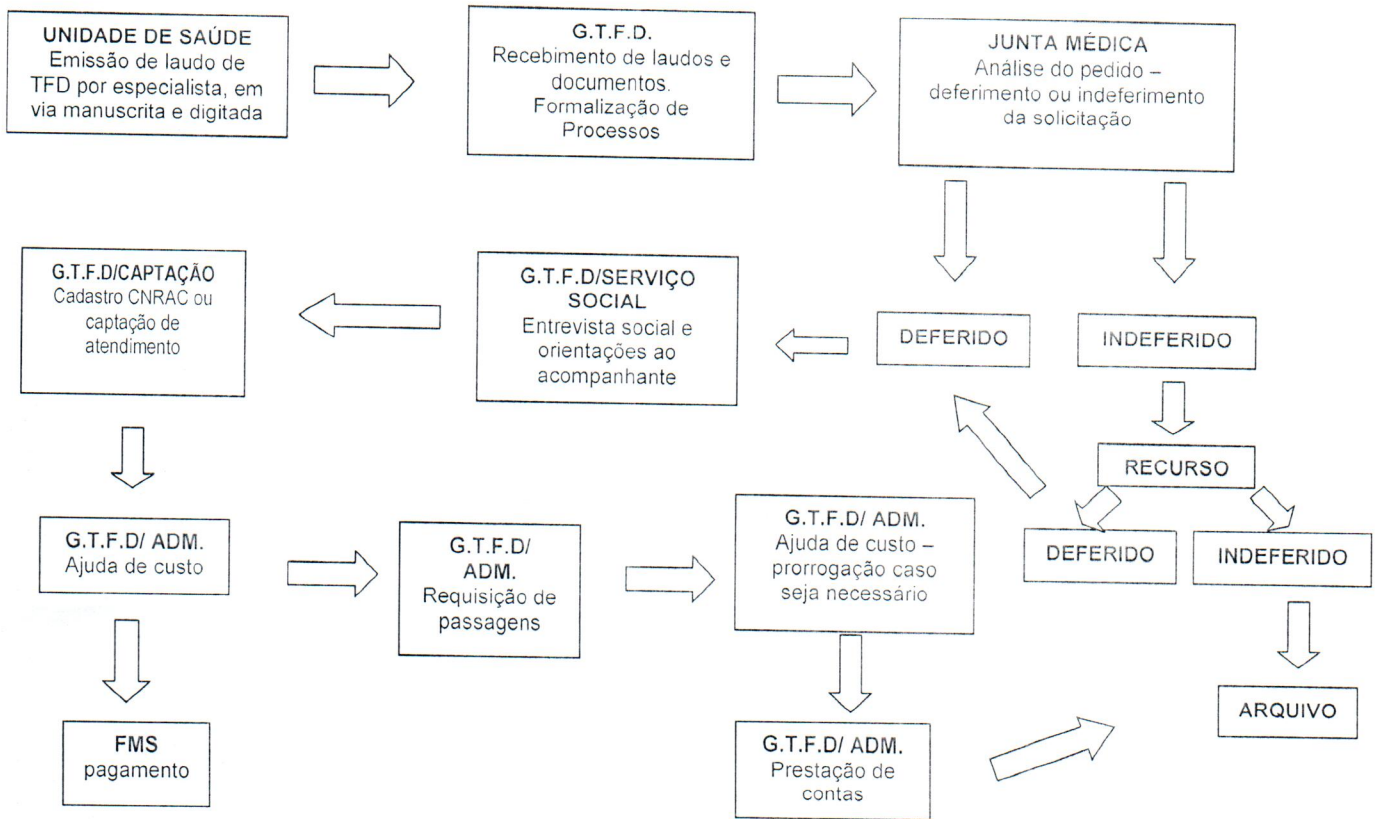
**12.1.** Os casos que não estão explicitados nesta norma, caberá ao Gestor Municipal resolvê-los à luz das normas previstas pelo Ministério da Saúde e da Constituição Federal, levando ao conhecimento dos interessados os encaminhamentos a serem dados a cada caso.





COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA  
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

FLUXOGRAMA DO TFD







COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA  
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

ANEXO I – NORMATIZAÇÃO DO SERVIÇO DE  
TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO OFERTADO  
PELO MUNICÍPIO DE BOA VISTA – RR  
T.F.D.

TERMO DE COMPROMISSO DE ACOMPANHANTE

Eu, \_\_\_\_\_, brasileiro (a),  
(estado civil), usuário (a) do SUS/RR, portador (a) da CI/RG nº \_\_\_\_\_ SSP/\_\_\_\_,  
e do CPF nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado (a) na \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_, na qualidade  
de Acompanhante do paciente \_\_\_\_\_, que será beneficiado (a)  
com o TFD, Declaro que estou recebendo gratuitamente o seguinte:

- a. Passagens ( ) Aérea ( ) Terrestre
- b. Consulta agendada para o dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ às \_\_\_\_:\_\_\_\_ no Hospital

Estado de \_\_\_\_\_

Assim, me comprometo a apresentar, quando retornar, no prazo máximo de dez (10) dias, junto ao  
Setor de TFD/SMSA os seguintes documentos:

- i. Laudos Médicos (originais);
- ii. Bilhetes das passagens (ida e volta), com o cartão de embarque;
- iii. Relatório Médico original de todos os fatos ocorridos, bem como a dinâmica  
e resultado da terapia realizada.

Declaro ainda que, estou ciente de que a ajuda de custo/auxílio financeiro será depositada na  
conta bancária informada ao TFD, pelo que, tenho o dever de prestar contas no prazo  
estabelecido nas Normas do TFD, das despesas realizadas, a ser feita por mim, logo após nosso  
retorno.

Estou plenamente ciente;

Boa Vista-RR, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Acompanhante





COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA  
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

ANEXO II

RELATÓRIO CONTRA REFERÊNCIA

Caro colega,

Este Relatório é de extrema importância para manutenção/continuidade do Tratamento Fora de Domicílio.

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Filiação: Pai: \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_

Nome da Instituição que o atendeu: \_\_\_\_\_

Nº do Registro (Prontuário / Boletim): \_\_\_\_\_

Diagnóstico atual: \_\_\_\_\_

Citar exames e procedimentos do tratamento realizados nesta última consulta:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Paciente necessita ser acompanhado neste serviço exclusivamente: ( ) Sim ( ) Não.

Justificar:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Proposta para próxima consulta: \_\_\_\_\_

Telefones e horários para contatos, uso do médico regulador:

\_\_\_\_\_

Local e data do atendimento: \_\_\_\_\_

Telefone do local da hospedagem / paciente: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo do Médico Assistente.

Enviar através do Fone/fax/TFD/SMSA/RR (95) 3623-5772/3224-1928

E-mail: regulação\_smsa@hotmail.com