

MANUAL DE PROCEDIMENTOS TFD TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA OPERACIONAL DE SAÚDE**

GOVERNADOR DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Dr. Itamar Augusto Cautiero Franco

VICE-GOVERNADOR DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Dr. Newton Cardoso

SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS

General Carlos Patrício Freitas Pereira

SECRETÁRIO-ADJUNTO DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS

Dr. Luís Márcio Araújo Ramos

SUPERINTENDENTE OPERACIONAL DE SAÚDE

Dr. Adilson Antônio da Silva Stolet

SUPERINTENDENTE DE PLANEJAMENTO E COORDENAÇÃO

Dra. Maria Auxiliadora Salles Gonçalves

EQUIPE TÉCNICA:

SOS / DIRETORIA DE REDES ASSISTENCIAIS

Marcílio Dias Magalhães (Coordenador)

Dr. Argemiro Magalhães Neto

Dra. Catharina Demétrio Silva de Melo

Ângela Ciscotto Ferreira

Kelly Nogueira Guerra

Magda Aparecida Silva

Ana Simoa de Almeida

Maria Amélia Chaves da Conceição

Moysés David Araya Lucero

SPC / CENTRO DE MODERNIZAÇÃO ADMINISTRATIVA

Luiz Carlos Caetano

Stella Maris Szvarça Arêas

Valéria Reis Almeida Pinto

Sumário

Instruções.....	01
Objetivos.....	02
Conceito/Clientela/Financiamento.....	03
Fundamentação Legal.....	04
Normas Específicas.....	05
Competências.....	09
Roteiro dos Procedimentos Operacionais TFD (Dentro do Estado/MG).....	10
Fluxograma.....	13
Roteiro dos Procedimentos Operacionais TFD (Fora do Estado/MG).....	15
Fluxograma.....	23
Formulário: “Solicitação de TFD” – Finalidade / Especificação / Formulário e Instruções de Preenchimento.....	26
Formulário: “Recibo de Pagamento de TFD” – Finalidade / Especificação / Formulário e Instruções de Preenchimento.....	29
Formulário: “Relatório de Atendimento TFD” – Finalidade / Especificação / Formulário e Instruções de Preenchimento.....	32
Formulário: “Demonstrativo de Atendimento e Pagamento ao Paciente TFD” – Finalidade / Especificação / Formulário e Instruções de Preenchimento.....	35
Formulário: “Solicitação e Autorização de Passagem Aérea/Hotel” – Finalidade / Especificação / Formulário e Instruções de Preenchimento.....	38
Legislação	41



INSTRUÇÕES

- 1-Este Manual visa regulamentar e orientar a execução das atividades relacionadas com o Tratamento Fora do Domicílio no Estado e Fora do Estado, sob responsabilidade das Secretarias Municipais/Estadual.**
- 2-A Superintendência Operacional de Saúde / Diretoria de Redes Assistenciais - TFD, será responsável pela divulgação e distribuição deste Manual.**
- 3-Qualquer inclusão/alteração/exclusão nos procedimentos operacionais e/ou legislação, a Diretoria de Redes Assistenciais – TFD deverá acionar a Superintendência de Planejamento e Coordenação / Centro de Modernização Administrativa, para que seja feita a devida atualização.**
- 4-Depois realizada a atualização e impressão da(s) página(s) a ser(em) substituída(s), a Diretoria de Redes Assistenciais / Equipe do TFD se encarregará da distribuição da(s) mesma(s).**
- 5-Este Manual será distribuído para a Superintendência de Planejamento e Coordenação, Superintendência Operacional de Saúde e para todas as Diretorias Regionais de Saúde, que por sua vez o repassará para os Municípios de suas jurisdições.**
- 6-Para melhor conservação deste, aconselhamos manuseá-lo com cuidado e quando da sua atualização, observar atentamente o capítulo e a página que porventura venham a ser substituídos e/ou inseridos.**



- Os **objetivos** deste Manual são:

- Uniformizar as atividades referentes ao Tratamento Fora Domicilio (TFD).
- Apresentar os formulários referentes ao TFD, para uso do SUS/MG, através das Secretarias Municipais/Estadual de Saúde.
- Orientar o funcionário responsável no conhecimento das normas e das rotinas relativas ao TFD.
- Subsidiar treinamentos.
- Definir responsabilidades e tarefas.



- O **conceito** de Tratamento Fora do Domicílio é o atendimento de saúde a ser prestado pelas Secretarias Municipais e Estadual, à clientela do SUS/MG, quando esgotados todos os meios de tratamento no Município/Estado.
- Sua **clientela** consiste em todo paciente residente em Minas Gerais que necessite de Tratamento Fora do Domicílio, de conformidade com o princípio da universalidade, estabelecido na Constituição Brasileira de 05.10.1988.
- Com referência ao **financiamento** informamos que:
 - a cobertura dos pagamentos de TFD/Ambulatorial será financiado pelos recursos do Teto Assistencial denominado Teto Livre, observando a programação realizada pelo gestor e as normas do SIA/SUS definidas pelo Ministério da Saúde.
 - os procedimentos serão processados e pagos pelo SIA/SUS.
 - o recurso para TFD fora do Estado para os municípios habilitados na Gestão Plena de Atenção Básica é de responsabilidade do Gestor Estadual.



● A **Fundamentação Legal** tem como base os seguintes instrumentos:

- Constituição Federal de 05/10/1988
- Lei Orgânica da Saúde nº 8080 de 19/09/1990
- Constituição Estadual de 21/09 – art. 190 – Parágrafo XII
- Deliberação nº 13 de 12/11/1993 – CIBE/MG
- Portaria SAS/MS nº 55 de 24/02/1999
- Resolução SES nº 532 de 01/12/2000



Normas Específicas

- 1-** A Solicitação de TFD deverá ser feita pelo médico assistente do paciente nas Unidades Assistenciais vinculadas ao SUS e autorizadas por Comissão nomeada pelo respectivo Gestor Municipal / Estadual, que solicitará, se necessário, exames ou documentos que complementem a análise de cada caso.
- 2-** O formulário de Solicitação do TFD será obrigatoriamente submetido à apreciação da Comissão Municipal da Secretaria Municipal de Saúde de origem (responsável pelo TFD) que, se acolher a indicação, procederá a autorização do deslocamento do paciente.
 - 2.1-** As Secretarias Municipais/Estadual de Saúde deverão organizar o controle e avaliação do TFD de modo a manter disponível a documentação comprobatória das despesas de acordo com o Manual Estadual do TFD.
 - 2.2-** A Comissão Municipal responsável pelo TFD deverá ser composta pelo Secretário Municipal de Saúde, um Médico, um (a) Assistente Social e um funcionário responsável pelo TFD.
 - 2.3-** A Coordenadoria de Assistência Suplementar é responsável pelo controle e encaminhamento dos processos do TFD Fora do Estado para aprovação do Gestor Estadual.
 - 2.4-** O setor municipal do Tratamento Fora do Domicílio providenciará o atendimento do paciente junto à Unidade Assistencial de Destino, marcando data, horário e local do atendimento/consulta.
 - 2.5-** O Tratamento Fora do Domicílio só será autorizado quando houver garantia de atendimento no Município/Estado de referência.
- 3-** O tratamento deverá ser realizado em Unidade Assistencial do SUS (da rede própria ou conveniada) mais próxima da residência do paciente, que dispuser de recursos assistenciais.



- 4-**O setor encarregado pelo TFD de origem, providenciará o deslocamento do paciente prevalecendo o meio de transporte adequado (conforme formulário de Solicitação de Tratamento Fora do Domicílio) e fornecendo o valor para transporte (ida e volta), ajuda de custo, utilizando a tabela de composição de valores de procedimentos do SIA-SUS.
- 4.1-**O valor a ser pago ao paciente/acompanhante para cobrir as despesas de transporte, é calculado com base no valor unitário pago a cada 50Km para transporte terrestre e fluvial, ou 200 milhas para transporte aéreo percorrido.
- 4.2-**Os valores dos procedimentos SIA/SUS relativos a remuneração para transportes são individuais, referentes ao paciente e ao acompanhante, conforme o caso.
- 4.3-**É de responsabilidade do Município de origem, os gastos excedentes com o deslocamento do paciente/acompanhante no Tratamento Fora do Domicílio.
- 4.4-**É vedado ao município, cobrar do paciente / acompanhante qualquer valor referente ao transporte ou alimentação, podendo o Município infrator ser desabilitado em consonância com a NOB/96 e a Lei 8080/19-09-90.
- 4.5-**A autorização de transporte aéreo para paciente/acompanhante, será precedida de rigorosa análise do Gestor Municipal/Estadual do SUS.
- 5-** As autorizações para TFD Fora do Estado, deverão restringir-se aos casos de absoluta excepcionalidade, que não exista tratamento no Estado/MG.
- 6 –** É responsabilidade dos Municípios de origem:
- as despesas com deslocamento do paciente e / ou acompanhante (ida e volta) até o aeroporto mais próximo;
 - as despesas com alimentação e pernoite do paciente e / ou acompanhante, para TFD Fora do Estado;
 - Alertar o paciente e / ou acompanhante, que no local de destino não será fornecido nenhum tipo de reembolso das despesas decorrentes da viagem.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA OPERACIONAL DE SAÚDE

- 6.1-** Fica vedado o pagamento de TFD em deslocamentos menores do que 50Km de distância e em regiões metropolitanas; e em somas das frações quilométricas. Exemplo: 245Km = 4 procedimentos. Verificar a Portaria número 55.
- 6.2-** Quando o paciente/acompanhante retornar ao Município de origem no mesmo dia, serão autorizados apenas deslocamento e ajuda de custo para alimentação.
- 7-** O TFD somente será concedido para pacientes em Tratamento Ambulatorial.
- 7.1-** Ficará vedado a autorização de TFD para acesso de pacientes a outros Municípios/Estados, para tratamentos que utilizem procedimentos assistenciais contidos no Piso de Atenção Básica (PAB).
- 7.2-** Fica vedado o pagamento de diárias a pacientes encaminhados por meio de TFD, que permaneçam hospitalizados no Município de referência.
- 8-** Para todo deslocamento do paciente deverá ser fornecido o Relatório de Atendimento.
- 8.1-** Ao término do tratamento, a Unidade Médica Assistencial encaminhará o paciente ao órgão de origem com o Relatório de Atendimento devidamente preenchido, esclarecendo o tratamento realizado.
- 9-** O Médico Assistente deverá preencher o campo 12 do Formulário “**Relatório de Atendimento**”, caso seja necessário o retorno do paciente. Será de responsabilidade da DRS a aquisição da passagem aérea, procedendo de acordo com o fluxograma das páginas 19 e 20 deste manual.
- 10-** Somente 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.
- 11-** O acompanhante deverá ser maior de 18 (dezoito) anos, documentado e capacitado físico/mental e não residir no local de destino.



- 12- Em caso de óbito do usuário em Tratamento Fora do Domicílio, a SES/Município de origem se responsabilizará pelas despesas decorrentes com o transporte do corpo até a localidade do seu domicílio.
- 13- O Tratamento Fora do Domicílio não se responsabilizará pelo pagamento de passagens e diárias quando o usuário se deslocar por conta própria ou quando permanecer no local do destino, por um período maior do que o autorizado.
 - 13.1-O paciente ou responsável tão logo retorne ao órgão de origem, terá um prazo de 03 (três dias úteis) para encaminhar os comprovantes das passagens e o Relatório de Atendimento ao Setor TFD de origem.
- 14- Conforme cronograma previamente estabelecido pela SES, os Municípios deverão apresentar o BPA (Boletim de Pagamento Ambulatorial), contendo os procedimentos de TFD, correspondentes às despesas com transporte e/ou ajuda de custo.
 - 14.1-MUNICÍPIOS HABILITADOS NA GESTÃO PLENA DE ATENÇÃO BÁSICA deverão apresentar o BPA, acompanhado do respectivo Relatório de Controle de Remessa, para a Diretoria Regional de Saúde.
 - 14.2-MUNICÍPIOS HABILITADOS NA GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL deverão processar o BPA, apresentando apenas a base de dados para a Diretoria Regional de Saúde.
 - 14.3-O pagamento das despesas relativas ao deslocamento do TFD só será permitido, quando esgotados todos os meios de tratamento no próprio Município/Estado.
- 15- As despesas com TFD não poderão ultrapassar o teto, conforme Fundo de Programação Orçamentária.
- 16- A referência de pacientes a serem atendidos pelo TFD deve ser solicitada na PPI de cada Município.



1- NÍVEL CENTRAL

- É competência da Coordenadoria de Assistência à Suplementar, controlar, avaliar e normatizar o TFD no Estado.
- Orientar e assessorar às DRS quanto à localização e disponibilidade dos serviços do TFD no SUS.

2- NÍVEL REGIONAL

- Cabe à DRS - Coordenadoria de Assistência à Saúde assessorar os municípios na operacionalização e aplicação do Tratamento Fora do Domicílio.
- É de responsabilidade da DRS - Coordenadoria de Assistência à Saúde, orientar os municípios a respeito da localização e disponibilidade dos serviços de saúde existentes no SUS.
- Organizar, controlar e avaliar o TFD dos municípios de sua jurisdição e encaminhar a SES/Coordenadoria de Assistência à Saúde/SOS, no prazo de 20 dias anterior à consulta, os processos de TFD – Fora do Estado.
- Encaminhar ao Nível Central os Boletins de Produção Ambulatorial (BPA'S) municipais, analisados e revisados de acordo com normas pré-estabelecidas pela Diretoria de Operação dos Sistemas Assistenciais (DOSA).

3 – NÍVEL MUNICIPAL

- É de responsabilidade da Comissão Municipal do TFD da Secretaria Municipal de Saúde, analisar as solicitações de Tratamento Fora do Domicílio.
- Autorizar o deslocamento dos pacientes.
- Providenciar o agendamento do atendimento.
- Efetuar o pagamento das despesas relativas ao Tratamento Fora do Domicílio.
- Encaminhar mensalmente às Diretorias Regionais de Saúde os Boletins de Produção Ambulatorial (BPA'S) juntamente com o Demonstrativo de Atendimento devidamente assinado pelo Gestor Municipal.



TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO - DENTRO DO ESTADO

ROTEIRO DE PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS DO TFD

• Secretaria Municipal de Saúde Setor do TFD local

- 1- Recebe paciente juntamente com as duas vias de solicitação de Tratamento Fora do Domicílio preenchidas pelo médico solicitante nos campos de números 17 a 24 indicando o tratamento e/ou exames a ser realizado.
- 2- Verifica a real necessidade do deslocamento e caso afirmativo preencher os campos de números 1 a 16 da solicitação de TFD e encaminhar as duas vias à Comissão Municipal responsável pelo TFD local, para análise e autorização.

• Comissão Municipal responsável pelo TFD local

- 3- Recebe as duas vias de solicitação de TFD, analisa dados, autoriza o deslocamento do paciente. Carimba e assina no campo nº 25 nas duas vias.
- 4- Devolve as duas vias autorizadas e carimbadas para o funcionário responsável pelo TFD local. No caso do deslocamento do paciente não ser autorizado, devolve as duas vias de Solicitação de TFD a S.M.S. TFD Local.

• Secretaria Municipal de Saúde Setor do TFD local

- 5- Quando o deslocamento não for autorizado, recebe as duas vias da Solicitação de TFD e devolve ao paciente.
- 6- Quando o deslocamento for autorizado, recebe as duas vias da Solicitação assinadas e carimbadas e marca a consulta ou exames na rede do SUS.
- 7- Anota o agendamento no campo nº 26 das duas vias da solicitação de TFD, assina como responsável pelo agendamento.
- 8- Preenche o Relatório de Atendimento, em duas vias, nos campos 01 a 07.
- 9- Preenche o recibo de pagamento em três vias, arquiva a 1ª via da Solicitação de TFD e entrega ao paciente a 2ª via, que deverá ser apresentada na Unidade Assistencial de Destino, juntamente com duas vias do Relatório de Atendimento. Encaminha o paciente (com as três vias do Recibo de Pagamento) ao Setor de Pagamento do TFD Local.



• **Secretaria Municipal de Saúde Setor de Pagamento**

- 10- Recebe as três vias do recibo, paga e colhe assinatura do usuário nas três vias.
- 11- Entrega a 2ª via ao paciente.
- 12- Encaminha a 1ª via ao setor responsável pelo TFD local, para arquivo.
- 13- Arquiva a 3ª via.

• **Paciente**

- 14- Guarda a 2ª via do Recibo de pagto de TFD como comprovante e desloca-se à Unidade Assistencial de Destino com: (2ª via de Solicitação de TFD e as duas vias do Relatório de Atendimento).

• **Unidade Assistencial de destino**

- 15- Atende o paciente conforme agendamento.
- 16- Preenche os campos de nº de 8 a 10 do Relatório de Atendimento nas duas vias.
- 17- Colhe assinatura do paciente no campo nº 11 nas duas vias.
- 18- Arquiva a 2ª via da solicitação de TFD e do Relatório de Atendimento.
- 19- Devolve a 1ª via do Relatório de Atendimento ao paciente devidamente preenchida e carimbada.

• **Paciente**

- 20- Ao retornar ao seu Município de origem, deverá em até três dias úteis, entregar a 1ª via do Relatório de Atendimento ao Setor de TFD local, comprovando o atendimento.

• **Secretaria Municipal de Saúde Setor de TFD Local**

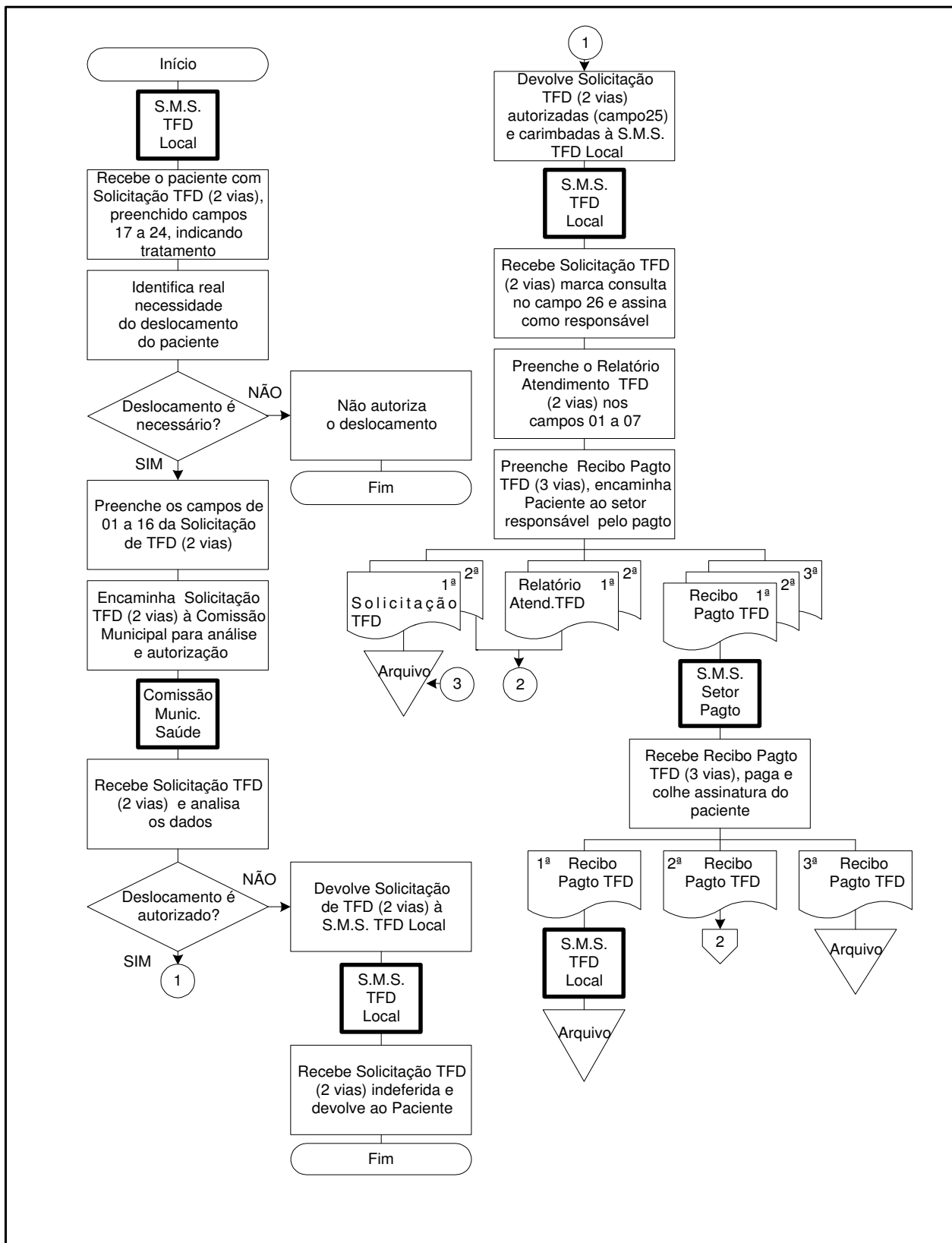
- 21- Recebe do paciente a 1ª via do relatório de Atendimento, anexa com a 1ª via da Solicitação de TFD e arquiva.
- 22- Preenche o formulário Demonstrativo de Atendimento e Pagamento ao Paciente, para controle e arquiva.



- 23-** Os Municípios que estão habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal, devem digitar o Boletim de Produção Ambulatorial e processar no SIA/SUS Municipal.
- 24-** Os Municípios habilitados na Gestão Plena de Atenção Básica digitam o Boletim de Produção Ambulatorial, gerando Relatório de Controle de Remessa e encaminha-os à DRS.
- **D.R.S.**
- 25-** Recebe dos Municípios habilitados na Gestão Plena de Atenção Básica o Boletim de Produção Ambulatorial e o Relatório de Controle de Remessa e Processa-os no SIA/SUS Regional.

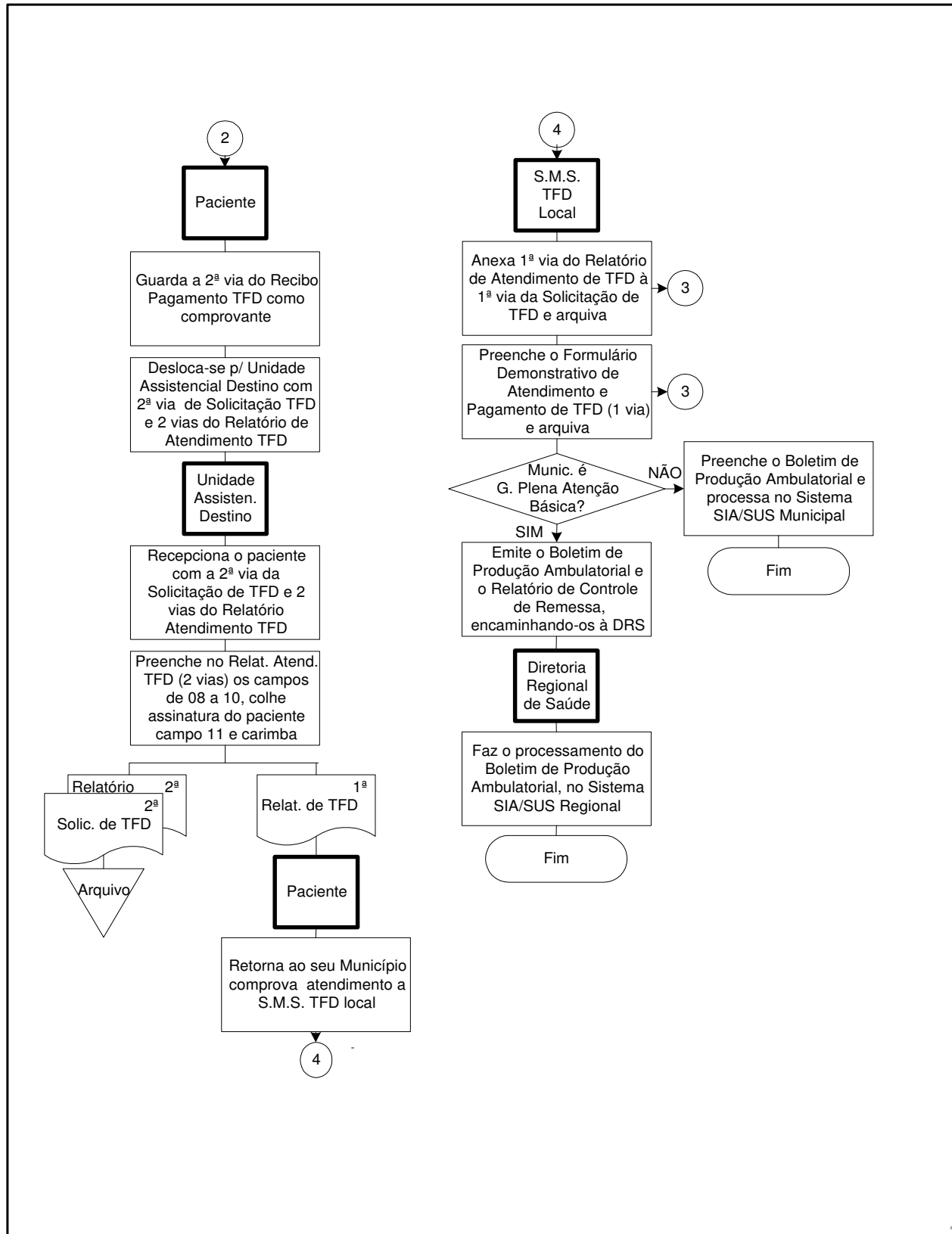


FLUXOGRAMA TFD – DENTRO DO ESTADO





FLUXOGRAMA TFD – DENTRO DO ESTADO





TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO - FORA DO ESTADO

ROTEIRO DOS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS DO TFD

O Tratamento Fora do Domicílio – Fora do Estado é para atendimento a pacientes residentes em Municípios habilitados na **Gestão Plena do Sistema Municipal**, e pacientes residentes em Municípios habilitados na **Gestão Plena de Atenção Básica**, sendo que neste último, o Município é responsável pelas despesas decorrentes do TFD, nos termos do roteiro de procedimentos operacionais do TFD Dentro do Estado.

Observação: Somente serão fornecidas passagens aéreas aos Municípios na Gestão Plena de Atenção Básica, após agendamento da consulta pelo Município.

Com o objetivo de viabilizar o atendimento, fica definido o seguinte fluxo, conforme descrição abaixo:

• Secretaria Municipal de Saúde Setor do TFD Local

- 1- Recebe o paciente juntamente com o encaminhamento da Unidade Assistencial local, solicitando o atendimento a ser realizado fora do Estado de Minas Gerais.
- 2- Preenche os campos de 01 a 16 da Solicitação de TFD (3 vias).
- 3- Entrega as 03 vias ao paciente ou responsável para providenciar o preenchimento dos campos 17 a 24 pelo Médico Assistente.

• Paciente

- 4- Ao receber as 3 vias da Solicitação de TFD, providencia o preenchimento junto ao Médico Assistente, devolvendo as mesmas a S.M.S TFD Local.



- **Secretaria Municipal de Saúde Setor do TFD Local**

- 5- Confere os dados e assinaturas.
- 6- Analisa e fornece o parecer no campo 25.
- 7- Encaminha 02 vias de Solicitação de TFD a DRS a qual o Município está vinculado e arquiva 01 via.

- **Diretoria Regional de Saúde (Setor de TFD)**

- 8- Recebe as 2 vias da Solicitação de TFD, analisa e fornece parecer no campo 26.
- 9- Caso da Solicitação de TFD – Fora do Estado seja indeferida, as 02 vias deverão ser devolvidas à S.M.S TFD Local.
- 10- No caso da Solicitação de TFD – Fora do Estado ser autorizada, deverá ser providenciado o atendimento do paciente junto à Unidade Assistencial de Destino e o agendamento da consulta.
- 11- Preenche o Formulário Solicitação e Autorização de passagem Aérea em 02 vias e anexa à Solicitação de TFD.
- 12- Encaminha as Solicitações de TFD e Passagem Aérea à Superintendência Operacional de Saúde / Coordenadoria de Assistência Suplementar.

- **Superintendência Op. de Saúde / Coord. de Assist. Suplementar**

- 13- Recebe as Solicitações de TFD 02 vias e Solicitação de Passagem Aérea 02 vias.
Obs. É necessário incluir no Formulário de Solicitação e Autorização de Passagem Aérea (no espaço em branco) os n°s das Resoluções inerentes a este processo, devidamente rubricado pelo Coordenador.
- 14- Encaminha ao Secretário da SES/SUS/MG para autorização.

- **Gabinete do Secretário SES/SUS/MG**

- 15- Recebe a Solicitação de TFD e Solicitação de Passagem Aérea, analisa e autoriza.
- 16- Devolve à Superintendência Operacional de Saúde / Coordenadoria de Assistência Suplementar.



- **Superintendência Operacional de Saúde / Coord. de A. Suplementar**

17- Recebe a Solicitação de TFD e Solicitação de Passagem Aérea autorizadas, encaminhando-as à Superintendência Administrativa.

- **Superintendência Administrativa**

18- Recebe da Superintendência Operacional de Saúde / Coordenadoria de Assistência Suplementar as Solicitações de TFD e os impressos da Solicitação e Autorização de Passagem Aérea autorizadas.

19- Providencia a aquisição da passagem aérea, e encaminha à Superintendência Operacional de Saúde / Coordenadoria de Assistência Suplementar, juntamente com 02 vias da Solicitação de TFD.

- **Superintendência Operacional de Saúde / Coord. de A. Suplementar**

20- Recebe a passagem aérea e encaminha à Diretoria Regional de Saúde com 01 via da Solicitação de TFD e arquiva a outra via.

- **Diretoria Regional de Saúde Setor de TFD**

21- É responsável pelo encaminhamento das passagens e Solicitação de TFD ao Município.

- **Secretaria Municipal de Saúde Setor do TFD Local**

22- Ao receber a passagem aérea e a Solicitação de TFD (01 via) entra em contacto com o paciente, entrega os referidos documentos juntamente com 02 vias do Relatório de Atendimento TFD e orienta-o da obrigatoriedade de fazer a devolução do Relatório de Atendimento (02 vias), devidamente preenchido, como também os bilhetes das passagens (para compor a prestação de contas).



- **Paciente**

23- Desloca-se para a Unidade Assistencial de Destino munido dos documentos retrocitados.

- **Unidade Assistencial de Destino**

24- Presta atendimento ao paciente e relata os procedimentos que foram realizados.

- **Paciente**

25- Retorna ao seu Município de origem com os formulários devidamente preenchidos e assinados e dirige-se à S.M.S. / Setor de TFD para prestação de contas em até 03 dias úteis.

- **Secretaria Municipal de Saúde Setor do TFD Local**

26- Faz a conferência dos procedimentos realizados, arquiva a Solicitação de TFD e 01 via do Relatório de Atendimento. A 2ª via do Relatório de Atendimento deverá ser encaminhada à Diretoria Regional de Saúde de sua jurisdição.

- **Diretoria Regional de Saúde Setor de TFD**

27- Processa o Boletim de Produção Ambulatorial no Sistema SIA/SUS Regional



Observação: Nos casos em que houver a necessidade de **retorno à Unidade Assistencial de Destino**, deve-se adotar os seguintes procedimentos:

- **Unidade Assistencial de Destino**

28- Presta atendimento ao paciente, relata os procedimentos que foram realizados e preenche o campo 12 do Relatório de Atendimento de TFD, determinando a data do retorno.

- **Paciente**

29- Retorna ao seu Município de Origem com os formulários devidamente preenchidos e dirige-se à S.M.S. / Setor de TFD, para a prestação de contas em até **3 (três) dias úteis**.

- **Secretaria Municipal de Saúde / Setor do TFD Local**

30- Faz a conferência dos procedimentos realizados, arquiva a Solicitação de TFD e devolve 01 via do Relatório de Atendimento - TFD ao paciente. A 2ª via do Relatório de Atendimento deverá ser encaminhada à Diretoria Regional de Saúde de sua jurisdição.

- **Diretoria Regional de Saúde Setor de TFD**

31- Processa o Boletim de Produção Ambulatorial no Sistema SIA/SUS Regional.

- **Paciente**

32- Retorna à S.M.S. / Setor de TFD com 01 via do Relatório de Atendimento - TFD, no prazo mínimo de **30 (trinta) dias anterior à data da consulta do retorno** para dar início ao processo de aquisição da passagem.

Observação: Não será autorizada passagem de retorno com período **inferior à 30 (trinta) dias**.



- **Secretaria Municipal de Saúde / Setor do TFD Local**

- 33** – Arquivo o Relatório de Atendimento – TFD e encaminha memorando à Diretoria Regional de Saúde, informando os dados pessoais do paciente, o nº do TFD e data prevista para o retorno.

- **Diretoria Regional de Saúde**

- 34**- Localiza, em seu arquivo, a via do Relatório de Atendimento – TFD referente ao paciente em questão, preenche o formulário Solicitação / Autorização de Passagem Aérea e Reserva de Hotel, anexa o Relatório de Atendimento – TFD e encaminha-os à SES / SOS / CAS.

Observação: O formulário “Solicitação / Autorização de Passagem Aérea e Reserva de Hotel” é também utilizado para outros fins institucionais, portanto **não existe reserva de hotel** para paciente de TFD.

- **SES / Superintendência Op. de Saúde / Coord. de Assist. Suplementar**

- 35**- Recebe os formulários, faz um parecer técnico e encaminha ao Gabinete do Secretário para autorização.

- **Gabinete do Secretário**

- 36**- Analisa e autoriza a aquisição da passagem aérea no próprio formulário e devolve à SOS / CAS.

- **SES / Superintendência Op. de Saúde / Coord. de Assist. Suplementar**

- 37**- De posse dos formulários autorizados pelo Secretário, encaminha-os à Superintendência Administrativa.



- **Superintendência Administrativa**

38- Providencia a Passagem Aérea, anexa ao processo do TFD e encaminha à Superintendência Operacional de Saúde / Coordenadoria de Assistência Suplementar.

- **SES / Superintendência Op. de Saúde / Coord. de Assist. Suplementar**

39- Recebe a Passagem Aérea com o Relatório de Atendimento - TFD e encaminha à Diretoria Regional de Saúde.

- **Diretoria Regional de Saúde**

40- Responsabiliza-se pelo encaminhamento da Passagem Aérea à Secretaria Municipal de Saúde e arquiva novamente o Relatório de Atendimento – TFD.

- **Secretaria Municipal de Saúde Setor do TFD Local**

41- Recebe a Passagem Aérea para o retorno, entra em contato com o paciente, entrega-lhe esta e 2 (duas) vias do Relatório de Atendimento – TFD (em branco) as quais terá de trazer consigo, juntamente com os bilhetes das passagens (para compor a prestação de contas).

- **Paciente**

42- Desloca-se para Unidade Assistencial de Destino para atendimento do retorno.



- **Unidade Assistencial de Destino**

43- Presta o atendimento de retorno ao paciente, relata todos os procedimentos realizados no Relatório de Atendimento - TFD (2 vias) e entrega-o ao paciente.

- **Paciente**

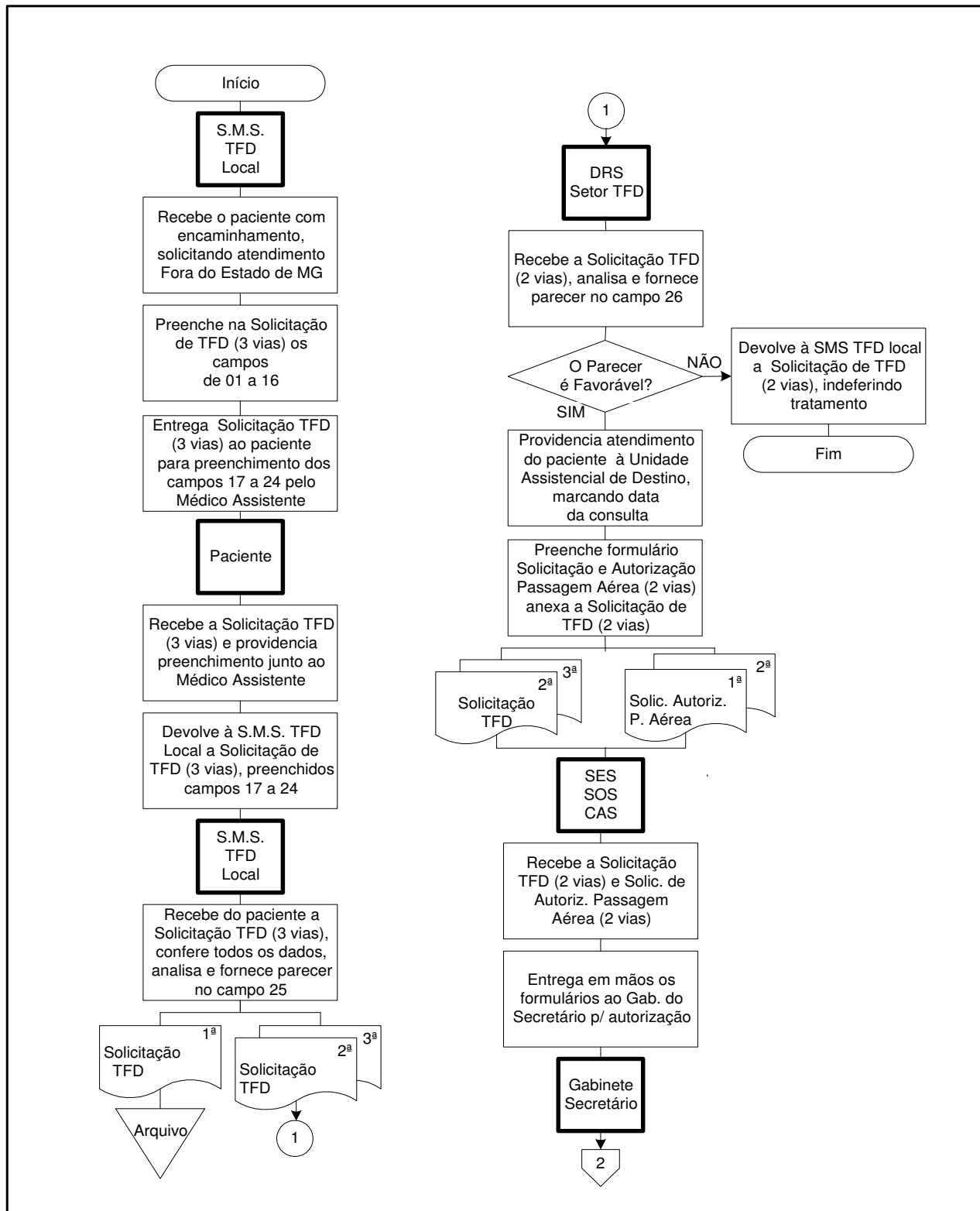
44- Retorna ao seu Município de Origem com os formulários devidamente preenchidos e assinados e dirige-se à Secretaria Municipal de Saúde / Setor de TFD, para prestação de contas em **até 03 dias úteis**.

- **Secretaria Municipal de Saúde Setor do TFD Local**

45- Faz a conferência dos procedimentos realizados, arquiva a 1ª via do Relatório de Atendimento - TFD e encaminha a 2ª via à Diretoria Regional de Saúde.

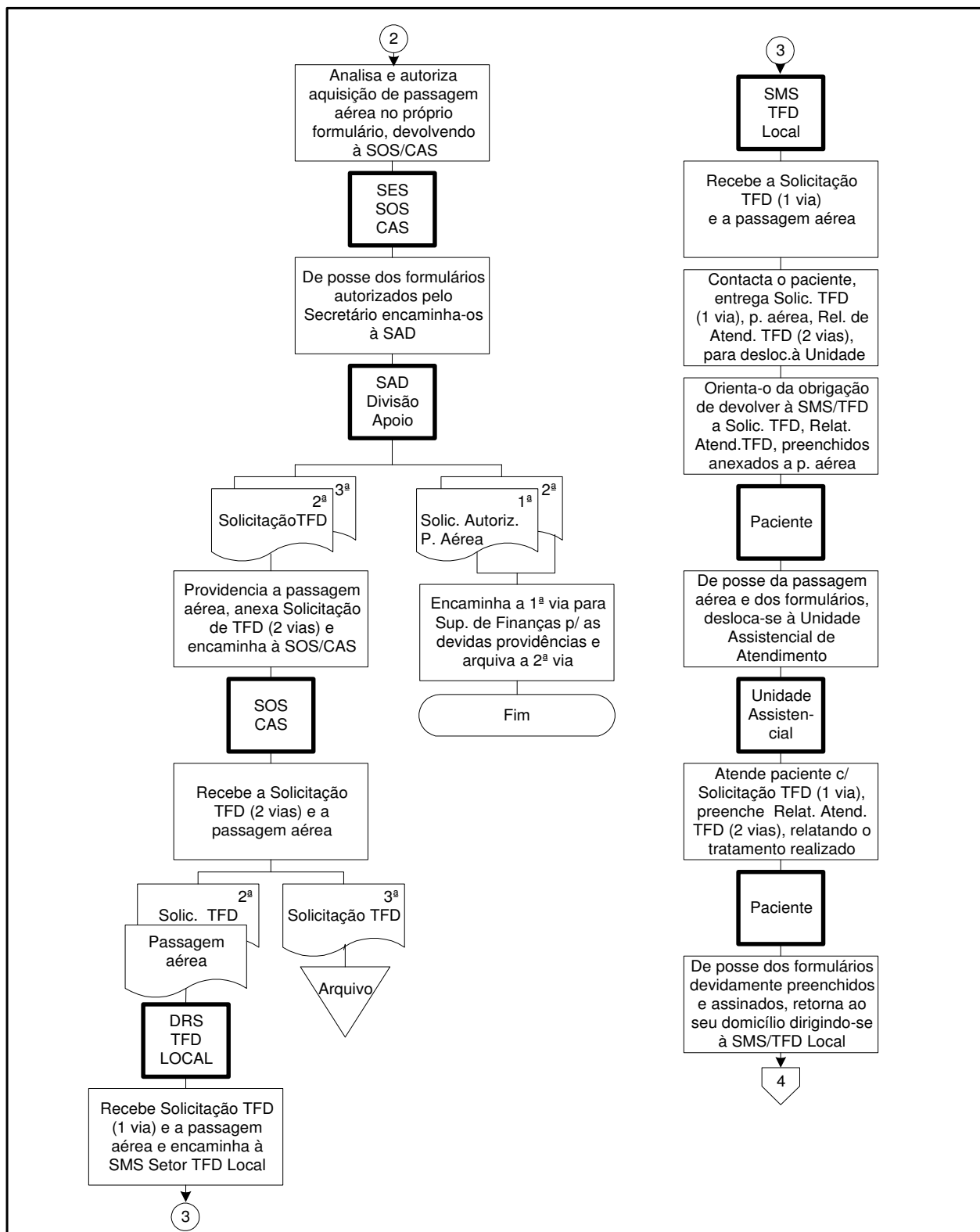


FLUXOGRAMA TFD – FORA DO ESTADO



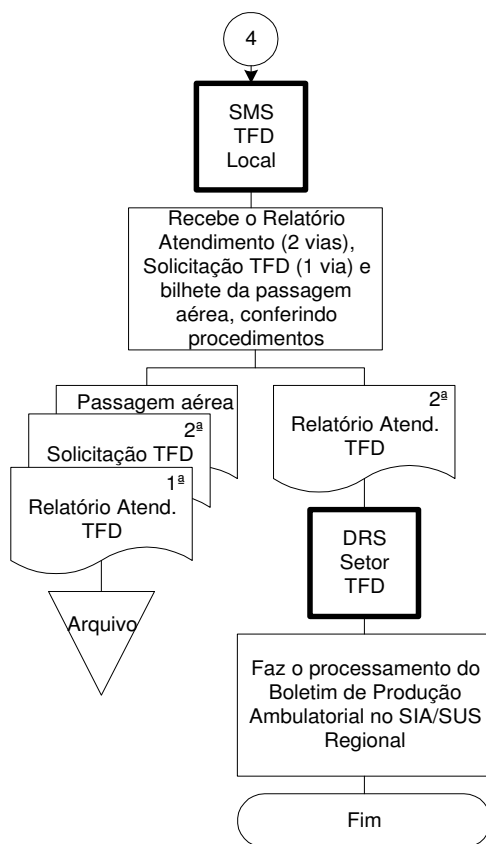


FLUXOGRAMA TFD – FORA DO ESTADO.





FLUXOGRAMA TFD – FORA DO ESTADO





Solicitação de Atendimento - TFD

1 - Finalidade: Destina-se a registrar dados clínicos do paciente e para a autorização do Tratamento Fora do Domicílio.

2 - Especificação: - Número de vias: 2 (duas)
1ª via - Unidade Assistencial de origem;
2ª via - Unidade Assistencial de destino.
- Impressão: anverso.

Obs: Atentar para o preenchimento de todos os itens, bem como, carimbo dos responsáveis.
Para Tratamento do Domicílio Fora do Estado, este impresso é feito em 03 (vias).



CAMP O	RESPONSÁVEL	FORMA DE PREENCHIMENTO
01	Setor de TFD local	- Registre o nome do município de origem;
02		- Registre o nome da Diretoria Regional de Saúde (DRS) ;
03		- Registre o número da Solicitação – TFD em ordem crescente e anual;
04		- Registre por extenso e de forma legível o nome do paciente;
05		- Registre o número e a espécie da identidade do paciente;
06		- Registre o endereço de residência do paciente;
07		- Registre o número do telefone do paciente;
08		- Registre o CEP da residência do paciente;
09		- Registre a profissão do paciente;
10		- Registre a data de nascimento do paciente;
11		- Registre o nome do acompanhante, se houver;
12		- Registre o número e espécie da identidade do acompanhante;
13		- Registre o endereço de residência do acompanhante;
14		- Registre o telefone do acompanhante;
15		- Registre o CEP da residência do acompanhante;
16		- Registre o grau de parentesco do acompanhante com o paciente;
17	Médico assistente local	- Descrever o histórico da doença atual destacando - se o início, a evolução, estado atual e a principal queixa do paciente;
18		- Registrar os dados identificados no exame clínico realizado;
19		- Registrar o respectivo Código de Classificação Internacional de Doença - CID;
20		- Relacionar os exames complementares realizados, anexando as respectivas cópias à “Solicitação de TFD”;
21		- Registrar os tratamentos realizados e quais os resultados obtidos
22		- Anote o tratamento/exame indicado, apontando as vantagens que advirão para o paciente;
23	Comissão Municipal de Saúde	- Justifique porque não é possível o tratamento/exame na localidade;
24		- Justifique a necessidade de acompanhante quando houver;
25	Setor de TFD local	- Recomendar o transporte adequado e justificar;
26		- Anotar outras informações dignas de registro.
27		- Registrar o local, data, assinatura sobre carimbo do médico assistente,
28		- responsável pela Solicitação de TFD;



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA OPERACIONAL DE SAÚDE

		- Assinalar com x o quadro correspondente ao parecer da comissão sobre o deslocamento do paciente; registrar o local e data; assinatura sobre carimbo do representante da Comissão Municipal de Saúde; - Agendar o atendimento do paciente, indicando a Unidade Assistencial, o município de destino, a DRS do município de destino; o dia e a hora da consulta; registrar os Kms ou Milhas percorridas.
--	--	--



Recibo de Pagamento de TFD

1 - Finalidade: Este formulário tem por finalidade a comprovação das despesas de ajuda de custo e passagem para o Tratamento Fora do Domicílio com paciente e acompanhante, quando houver.

2 – Especificação : - Número de vias: 03 (três) vias
1ª via - TFD local;
2ª via - paciente;
3ª via – setor responsável pelo pagamento.
- Impressão: anverso

Obs: Atentar para o preenchimento de todos os itens, bem como, carimbo dos responsáveis e assinatura do paciente.



SEI 1320.01.0003732/2020-20 / pg. 33



INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

Recibo de Pagamento - TFD

CAMP O	RESPONSÁVEL	FORMA DE PREENCHIMENTO
01	Setor de TFD local	- Registre o Número de controle;
02		- Registre o nome do paciente;
03		- Registre o número da identidade do paciente;
04		- Registre o nome do acompanhante;
05		- Registre o número da identidade;
06		- Registre o nome do município de origem;
07		- Registre o nome da DRS;
08		- Registre o nome da cidade para onde o paciente será encaminhado;
09		- Anote número do TFD;
10		- Registre a especialidade clínica ou exame a ser realizado;
11		- Registre o nome da Unidade Assistencial de Destino;
12	Setor resp. pelo pagamento	- Preencher os campos 12/13/14\15\16 de acordo com as normas vigentes da Portaria número 55, de 24.02.99;
17		- Assinar e carimbar e datar;
18		- Descrever por extenso a importância paga ao paciente.
		Datar e colher assinatura do paciente



Relatório de Atendimento - TFD

1 - Finalidade: Este formulário tem por finalidade fornecer dados do atendimento realizado no TFD para acompanhamento ou continuidade da assistência prestada.

2 - Especificação: - Número de vias: 2 (duas)
1ª via - arquivo do TFD local;
2ª via - Unidade Assistencial de destino.
- Impressão : anverso

Obs: Atentar para o preenchimento de todos os itens, bem como, carimbo dos responsáveis e assinatura do paciente.



INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

Relatório de Atendimento - TFD

CAMPO	RESPONSÁVEL	FORMA DE PREENCHIMENTO
01	Setor de TFD local	- Registre por extenso e legível, o nome do paciente;
02		- Registre o número da solicitação de atendimento de TFD
03		(idem ao campo 03 da solicitação de TFD);
04		- Registre o endereço de residência do paciente;
05		- Registre o nome da unidade assistencial do SUS, onde o paciente será atendido;
06/07	Médico da Unidade Assistencial	- Registre o nome do município de destino;
08		- Registre a data e a hora do atendimento agendado;
09		- Descreva o tratamento realizado;
10		- Preenchimento do CID, caso haja novo diagnóstico;
11		- Assinatura sobre carimbo do médico responsável pelo atendimento
12	Paciente	- Assinalar com x o quadro correspondente à necessidade de complementação do tratamento, definindo em qual unidade;
13		- Assinalar com x o quadro correspondente à necessidade de retorno, marcando data e justificar;
		- Assinatura do paciente ou responsável.



Demonstrativo de Atendimento e Pagamento ao Paciente - TFD

1- Finalidade: Este formulário tem por finalidade demonstrar o atendimento e as despesas realizadas com o Tratamento Fora do Domicílio visando demonstrar o cumprimento da Port. 55/99.

2- Especificação: - Número de vias: 2 (duas)
1ª via - DRS;
2ª via - arquivo do TFD local.
- Impressão: anverso

Obs: Atentar para o preenchimento de todos os itens, bem como, carimbo e assinatura dos responsáveis pelo preenchimento.

...



INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

Demonstrativo de Atendimento e Pagamento ao Paciente - TFD

CAMP O	RESPONSÁVEL	FORMA DE PREENCHIMENTO
01 02 03\04 05 06 07 08 09\10 11 12 13 14 15 16	Setor de TFD local	- Registre o nome do município; - Registre o nome da DRS; - Registre o mês e ano de competência; - Registre o número em ordem crescente; - Registre o nome do paciente; - Assinale com x o campo correspondente, conforme a casa; - Registre o número da solicitação de TFD do paciente; - Registre o nome da cidade para onde o paciente foi encaminhado e a quilometragem percorrida; - Registre a especialidade clínica ou exame realizado; - Registre o nome da Unidade Assistencial onde o paciente foi atendido; - Registre o período de permanência do paciente; - Registre o total das despesas pagas; - Registre o código do SIA/SUS realizado e a quantidade; - Assinatura do responsável pelo preenchimento.



Solicitação/Autorização de Passagem Aérea e Reserva de Hotel

1 - Finalidade: Este formulário tem por finalidade a Solicitação/Autorização de Passagem Aérea para Funcionários, Autoridades convidadas, Consultores ou Pacientes de TFD/Acompanhantes.

2 – Especificação - Número de vias: 02 (duas) vias
1ª via - SF;
2ª via – Arquivo SAD.
- Impressão: anverso/verso



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA OPERACIONAL DE SAÚDE

 **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS**
SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PASSAGEM AÉREA E RESERVA DE HOTEL

1 NOME DO USUÁRIO _____

2 UNIDADE ADMINISTRATIVA _____ **3** TELEFONE/Residência _____

4 ADOTIVO DO FUGIDIO _____

5 DESTINO _____ **6** DOBÁRIO _____ Cta. aérea _____ **7** RESERVA DE HOTEL _____ PERÍODO _____
Ida.: ____/____/____ Volta.: ____/____/____ ☐ SIM ☐ NÃO DE: ____/____/____
ATE: ____/____/____

8 JUSTIFICATIVA _____

9 _____
DATA DA SOLICITAÇÃO _____ ASSINATURA E COLOQUE DO SUPERINTENDENTE _____

10 AUTORIZAÇÃO _____
AUTORIZO A CONCESSÃO DA PASSAGEM E RESERVA DE HOTEL _____
DATA _____ ASSINATURA E COLOQUE DO SUPERINTENDENTE _____

COPIA DA SOLICITAÇÃO _____ COPIA DA SOLICITAÇÃO _____



INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

Solicitação/Autorização de Passagem Aérea e Reserva de Hotel

CAMP O	RESPONSÁVEL	NORMAS DE PREENCHIMENTO
01 02 03 04 05 06 07 08 09 10	Unidade Solicitante	- Preencher o nome completo do usuário, especificar qualificação; - Informar onde o usuário está lotado a nível de Diretoria/Divisão; - Informar o número do telefone e ramal; - Informar o motivo da viagem; - Informar o destino da viagem; - Informar a data e a hora da ida e a data e a hora prevista de volta e o nome da Companhia Aérea; - No caso de haver reserva, informar o nome do hotel e previsão de estadia; - Informar qual a razão da viagem, período de duração e a previsão de diárias. - Para autoridades, consultores e funcionários a solicitação deverá ser feita pela Superintendência/Gabinete e aprovada pelo Secretário. - Para Tratamento Fora do Domicílio – TFD – consultar Manual Específico. (Resolução Nº 281). - Deverá haver justificativa completa, com detalhes, quando houver diárias aos sábados, domingos e feriados; - Informar a data da solicitação da passagem, colher assinatura do Superintendente responsável pela solicitação e apor carimbo; - Informar a data da concessão da passagem, colher assinatura do Secretário ou preposto e apor carimbo.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA OPERACIONAL DE SAÚDE



MINISTÉRIO DA SAÚDE

SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Portaria/SAS/Nº 055 de 24 de fevereiro de 1999.

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.

O Secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando a necessidade de garantir acesso de pacientes de um município a serviços assistenciais de outro município;

Considerando a importância da operacionalização de redes assistenciais de complexidade diferenciada, e

Considerando a Portaria SAS/MS/Nº 237, de 09 de dezembro de 1998, publicada no Diário Oficial nº 238-E, de 11 de dezembro de 1998, que define a extinção da Guia de Autorização de Pagamentos – GAP, como instrumento para pagamento do Tratamento Fora do Domicílio – TFD, resolve:

Art. 1º - Estabelecer que as despesas relativas ao deslocamento de usuários do Sistema Único de Saúde – SUS para tratamento fora do município de residência possam ser cobradas por intermédio do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS, observado o teto financeiro definido para cada município/estado.

§ 1º - O pagamento das despesas relativas ao deslocamento em TFD só será permitido quando esgotados todos os meios de tratamento no próprio município.

§ 2º - O TFD será concedido, exclusivamente, a pacientes atendidos na rede pública ou conveniada/contratada do SUS.

§ 3º - Fica vedada a autorização de TFD para acesso de pacientes a outro município para tratamentos que utilizem procedimentos assistenciais contidos no Piso da Atenção Básica – PAB.

§ 4º - Fica vedado o pagamento de diárias a pacientes encaminhados por meio de TFD que permaneçam hospitalizados no município de referência.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA OPERACIONAL DE SAÚDE

§ 5º - Fica vedado o pagamento de TFD em deslocamentos menores do que 50 Km de distância e em regiões metropolitanas.

Art. 2º - O TFD só será autorizado quando houver garantia de atendimento no município de referência, com horário e data definido previamente.

Art. 3º - A referência de pacientes a serem atendidos pelo TFD deve ser explicitada na PPI de cada município.

Art. 4º - As despesas permitidas pelo TFD são aquelas relativas a transporte aéreo, terrestre e fluvial; diárias para alimentação e pernoite para paciente e acompanhante, devendo ser autorizadas de acordo com a disponibilidade orçamentária do município/estado.

§ 1º A autorização de transporte aéreo para pacientes/acompanhantes será precedida de rigorosa análise dos gestores do SUS.

Art. 5º - Caberá as Secretarias de Estado da Saúde/SES propor às respectivas Comissões Intergestores Bipartite – CIB a estratégia de gestão entendida como: definição de responsabilidades da SES e das SMS para a autorização do TFD; estratégia de utilização com o estabelecimento de critérios, rotinas e fluxos, de acordo com a realidade de cada região e definição dos recursos financeiros destinados ao TFD.

§ 1º A normatização acordada será sistematizada em Manual Estadual de TFD a ser aprovado pela CIB, no prazo de 90 dias, a partir da vigência desta portaria, e encaminhada, posteriormente, ao Departamento de Assistência e Serviços de Saúde/SAS/MS, para conhecimento.

Art. 6º - A solicitação de TFD deverá ser feita pelo médico assistente do paciente nas unidades assistenciais vinculadas ao SUS e autorizada por comissão nomeada pelo respectivo gestor municipal/estadual, que solicitará, se necessário, exames ou documentos que complementem a análise de cada caso.

Art. 7º - Será permitido o pagamento de despesas para deslocamento de acompanhante nos casos em que houver indicação médica, esclarecendo o porquê da impossibilidade do paciente se deslocar desacompanhado.

Art. 8º - Quando o paciente/acompanhante retornar ao município de origem no mesmo dia, serão autorizadas, apenas, passagem e ajuda de custo para alimentação.

Art. 9º - Em caso de óbito do usuário em Tratamento Fora do Domicílio, a Secretaria de Saúde do Estado/Município de origem se responsabilizará pelas despesas decorrentes.

Art. 10 – Criar nas Tabelas de Serviço e Classificação do SIA/SUS o serviço de TFD e sua classificação:



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA OPERACIONAL DE SAÚDE

TABELA DE SERVIÇO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
23	Tratamento Fora de Domicílio – TFD.

CLASSIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE TFD

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
00	Serviço sem classificação.

Art. 11 – Incluir na tabela de procedimentos do SIA/SUS, os seguintes procedimentos:

423-5 – Unidade de remuneração para transporte aéreo a cada 200 milhas por paciente/acompanhante.

Ítem de Programação 21 AVEIANM

Nível de Hierarquia 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8

Serviço/Classificação 23/00

Atividade Profissional 00

425-1 – Unidade de remuneração para transporte terrestre a cada 50 km de distância por paciente/acompanhante.

Ítem de Programação 21 AVEIANM

Nível de Hierarquia 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8

Serviço/Classificação 23/00

Atividade Profissional 00

427-8 – Unidade de remuneração para transporte fluvial a cada 50 km de distância por paciente/acompanhante.

Ítem de Programação 21 AVEIANM

Nível de Hierarquia 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8

Serviço/Classificação 23/00

Atividade Profissional 00

428-6 – Ajuda de custo para alimentação de paciente e acompanhante quando não ocorrer o pernoite fora do domicílio.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA OPERACIONAL DE SAÚDE

Ítem de Programação 21 AVEIANM

Nível de Hierarquia 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8

Serviço/Classificação 23/00

Atividade Profissional 00

429-4 – Ajuda de custo para diária completa (alimentação e pernoite) de paciente e acompanhante.

Ítem de Programação 21 AVEIANM

Nível de Hierarquia 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8

Serviço/Classificação 23/00

Atividade Profissional 00

437-5 – Ajuda de custo para alimentação de paciente sem acompanhante quando não ocorrer o pernoite fora do domicílio.

Ítem de Programação 21 AVEIANM

Nível de Hierarquia 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8

Serviço/Classificação 23/00

Atividade Profissional 00

441-3 – Ajuda de custo para diária completa (alimentação e pernoite) de paciente sem acompanhante.

Ítem de Programação 21 AVEIANM

Nível de Hierarquia 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8

Serviço/Classificação 23/00

Atividade profissional 00



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA OPERACIONAL DE SAÚDE

Art. 12 – Fixar os valores dos procedimentos ora criados:

CÓDIGO	SP	ANEST	OUTROS	TOTAL
423-5	0,00	0,00	100,00	100,00
425-1	0,00	0,00	3,00	3,00
427-8	0,00	0,00	2,00	2,00
428-6	0,00	0,00	10,00	10,00
429-4	0,00	0,00	30,00	30,00
437-5	0,00	0,00	5,00	5,00
441-3	0,00	0,00	15,00	15,00

Art. 13 – O valor a ser pago ao paciente/acompanhante para cobrir as despesas de transporte é calculado com base no valor unitário pago a cada 50 km para transporte terrestre e fluvial ou 200 milhas para transporte aéreo percorrido.

Art. 14 – Os valores relativos aos códigos 423-5, 425-1 e 427-8 são individuais, referentes ao paciente e ao acompanhante, conforme o caso.

Art. 15 – Os comprovantes das despesas relativas ao TFD deverão ser organizados e disponibilizados aos órgãos de controle do SUS.

Art. 16 – As Secretarias Estaduais/Municipais de Saúde deverão organizar o controle e a avaliação do TFD, de modo a manter disponível a documentação comprobatória das despesas, de acordo com o Manual Estadual de TFD.

Art. 17 – As SES/SMS deverão proceder o cadastramento/recadastramento das unidades autorizadoras de TFD, observando a codificação de Serviço/Classificação criados.

Art. 18 - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir de 1º de março de 1999.

RENILSON REHEM DE SOUZA

\\SERVER-SAS\GERAL-SAS\Sala720\Portarias\Rotina TFD.doc



RESOLUÇÃO N° 532

Aprova o Manual de Procedimento do Tratamento Fora do Domicílio – TFD

O Secretário de Estado de Saúde e Gestor do Sistema Único de Saúde- SUS/MG, no uso de suas atribuições, e CONSIDERADO:

- O Disposto na Lei Federal n° 8080 de 19 de setembro de 1990:
- a Norma Operacional Básica NOB-SUS 01/96, no que tange ao Sistema de Tratamento Ambulatorial Fora do Domicílio:
- a Portaria SAS/MS/55 de 24 de fevereiro de 1.999, que dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora do Domicílio no Sistema Único de Saúde – SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimento do Sistema de Informação Ambulatorial do SAI/SUS e das outras providências:
- a decisão do CIBE-MG, da 53ª reunião ordinária em 03 de dezembro de 1.999, aprovando os trabalhos da comissão de elaboração de Proposta de Manual de TFD, que elaborou o Manual para Tratamento Fora do Domicílio:

RESOLVE:

Art. 1º : Fica aprovado o “Manual de Procedimento para Tratamento Fora do Domicílio Ambulatorial – TFD, dentro e fora do Estado”, cabendo à superintendência Operacional de Saúde sua divulgação às Diretorias Regionais de Saúde e junto a Superintendência de Planejamento e Coordenação, para integrar o Site da Saúde (www.saude.mg.gov.br), no prazo de 30 dias.

Art 2º : Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Belo Horizonte, 01 de dezembro de 2.000

Carlos Patricio Freitas Pereira
Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais
Gestor do SUS/MG