



## DELIBERAÇÃO 278/CIB/2017 – RETIFICAÇÃO

**A Comissão Intergestores Bipartite, no uso de suas atribuições, em sua 216ª reunião ordinária de 29 de novembro de 2017 APROVOU e a**

**A Comissão Intergestores Bipartite, no uso de suas atribuições, em sua 236ª reunião ordinária de 19 de fevereiro de 2020 RETIFICA,**

O formulário de “Contrarreferência Interestadual” incluindo novos campos para preenchimento relacionados ao transporte recomendável para o próximo atendimento do paciente e a respectiva justificativa clínica médica e inclui um novo formulário denominado “Termo de Compromisso - Ajuda de Custo”, onde constam informações sobre o resgate do pagamento da ajuda de custo que deverá ser assinado pelos pacientes do programa.

Considerando Portaria MS nº 055, de 24 de fevereiro de 1999, que dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde;

Considerando a Portaria SES nº 808, de 31 de julho de 2009, que normatiza a utilização e preenchimento dos formulários do SUS;

Considerando a Deliberação CIB nº 30, de 23 de fevereiro de 2017, que aprova o Manual de Normatização do Tratamento Fora do Domicílio (TFD);

Considerando a Deliberação CIB nº 182, de 24 de agosto de 2017, que aprova os formulários de referência e contrarreferência para subsidiar os encaminhamentos entre Atenção Básica e Atenção Especializada no Estado de Santa Catarina;

Considerando a necessidade de traçar diretrizes para os gestores municipais e estadual administrarem o programa de TFD através de uma política única focada na humanização e na garantia de acesso aos serviços de saúde no Sistema Único de Saúde;

Considerando a necessidade de encaminhamento do paciente/usuário ao seu Município/Estado de origem após ter sua necessidade atendida e seu quadro estabilizado fora do Estado;

Considerando a necessidade de regulamentar os procedimentos de Contrarreferência para os atendimentos dos pacientes assistidos fora do Estado de Santa Catarina;

Considerando a necessidade de regulamentar os deveres e responsabilidades dos pacientes inseridos no programa de TFD Interestadual.

**APROVA**

**Art. 1º** O acréscimo dos formulários de “Contrarreferência Interestadual” e “Declaração para pacientes do programa TFD Interestadual” ao Manual de Normatização do Tratamento Fora de Domicílio - TFD no Estado de Santa revisado em fevereiro de 2017 (FORMULÁRIOS EM ANEXO).

§ 1º A responsabilidade de instruir os pacientes da necessidade de preenchimento dos formulários será atribuída às Gerências Regionais de Saúde (GERSAS).

§ 2º O formulário “Declaração para pacientes do programa TFD Interestadual” onde constam os deveres e responsabilidades do paciente deverá ser assinado pelo mesmo.

§ 3º O formulário “Contrarreferência Interestadual” deverá ser preenchido pela Unidade Executante que está assistindo o paciente Fora do Estado de Santa Catarina.

**Art. 2º** Esta Deliberação entra em vigor a partir da data de sua publicação.

Florianópolis 19 de fevereiro de 2020.



**HELTON DE SOUZA ZEFERINO**  
Secretário de Estado da Saúde  
Coordenador CIB/SES

**ALEXANDRE FAGUNDES**  
Presidente do COSEMS  
Coordenador CIB/COSEMS



**RELATÓRIO DE CONTRARREFERÊNCIA INTERESTADUAL**

Informamos que este relatório é de extrema importância para a manutenção/continuidade do tratamento do paciente fora do Domicílio.

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

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Nome da Unidade que o atende: \_\_\_\_\_

Local: Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Paciente esteve em tratamento ambulatorial na seguinte data: \_\_\_\_\_

Paciente esteve internado na seguinte data: \_\_\_\_\_

As seguintes **PATOLOGIAS** estão sendo (foram) acompanhadas:

\_\_\_\_\_

Para **MONITORAMENTO** destas patologias, o paciente:

( ) necessita retornar ( ) vezes por ano.

( ) não necessita retornar continuamente.

( ) O paciente poderá ser acompanhado no seu Estado de origem.

Justificar: \_\_\_\_\_

Citar exames e procedimentos dos tratamentos realizados nesta última consulta:

\_\_\_\_\_

Descrição sumária do plano terapêutico e do acompanhamento clinica para as próximas consultas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Na UBS do Município de origem do paciente, sugerimos que sejam programadas as seguintes ações para este paciente:

\_\_\_\_\_

Data da próxima consulta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

Procedimento que será realizado nesta próxima consulta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Transporte recomendável para o próximo atendimento: RODOVIÁRIO ( ) AÉREO ( ) AMBULÂNCIA ( )

Justificativa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ATENÇÃO:** Em casos de transporte aéreo e ambulância deve ser obrigatória a justificativa clínica médica, pois conforme consta no manual de TFD de Santa Catarina, as passagens aéreas e os deslocamentos por ambulância somente serão fornecidos para os casos em que o estado de saúde do paciente o impeça de utilizar outro tipo de transporte, quando o tempo de deslocamento traga risco a sua saúde.

Telefone e email de contato para uso do médico regulador: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura carimbo e CRM do médico da Unidade Executante:

Local e Data do atendimento:

--	--



## TERMO DE COMPROMISSO - AJUDA DE CUSTO

Eu,.....  
(NOME DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL)

portador do documento de identidade nº ....., sou responsável pela solicitação de ajuda de custo feita à Secretaria de Estado da Saúde - SES.

Estou ciente que em caso de não haver o resgate dos valores creditados do benefício da ajuda de custo no prazo de 15 dias úteis, acontecerá a devolução do pagamento à SES que somente irá refazer o pagamento desse valor com a entrada de novo pedido junto à GERSA justificando através de uma declaração do motivo da não retirada do crédito.

Estou ciente que o valor da ajuda de custo é baseado na tabela do SIGTAP (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS) conforme consta na Portaria do Ministério da Saúde MS/SAS nº 2.848/07, com os seguintes códigos:

08.03.01.002.8	Ajuda de custo para alimentação sem pernoite	R\$ 8,40
08.03.01.004.4	Ajuda de custo para alimentação com pernoite	R\$ 24,75

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Local Data

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO PACIENTE / RESPONSÁVEL / FAVORECIDO