



PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU/SP
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE UNIDADES AMBULATORIAIS
Divisão de Unidades Referenciais
Seção de Apoio Social



PROTOCOLO: Programa de Tratamento Fora do Domicílio (TFD)

Local: Bauru/SP

Emissão: 06/08/2024. eproc: 95912/2024

Elaboração:

Marcia Regina Martins Lopes. Assistente Social. Chefe da Seção de Apoio Social.

Autorização:

Michele Cristina Vermelho. Enfermeira. Diretora de Divisão de Unidades Referenciais
Giulia da Cunha Fernandes Puttomatti. Secretária da Saúde de Bauru.



PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU/SP
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE UNIDADES AMBULATORIAIS
Divisão de Unidades Referenciais
Seção de Apoio Social



Protocolo para o Programa de Tratamento Fora do Domicílio – TFD da Secretária Municipal de Bauru/SP.

LEI MUNICIPAL Nº4.963, DE 11 DE ABRIL DE 2003 E DECRETO 11721 DE 29 DE NOVEMBRO DE 2011

APRESENTAÇÃO

A finalidade desse protocolo é orientar o fluxo e documentos necessários para o cadastro de pacientes no Programa de Tratamento Fora de Domicílio - TFD do município de Bauru-SP.

1 – INTRODUÇÃO

A LEI MUNICIPAL Nº4.963, DE 11 DE ABRIL DE 2003 implanta o Programa de Tratamento Fora do Domicílio – TFD, benefício estendido aos usuários do Sistema Único de Saúde quando esgotados todos os meios de tratamento neste Município, custeando despesas decorrentes do deslocamento a outra localidade, dentro do estado de São Paulo, para tratamento adequado.

De acordo com a LEI “o benefício do presente programa só será concedido quando esgotados todos os recursos ou, por inexistência ou insuficiência dos serviços de saúde dentro do Município de Bauru, as condições do beneficiário requerem sua remoção para localidades dotadas de centros mais avançados dentro do Estado de São Paulo”.

Dessa forma, Programa TFD concederá o transporte aos pacientes atendidos através da rede pública do Sistema Único de Saúde – SUS, para a realização de consultas, exames ou tratamentos de saúde em outros municípios, dentro do Estado de São Paulo, quando não houver no município de origem, tratamento necessário para restabelecer sua saúde.

Conforme a Lei Municipal, o tratamento fora do domicílio somente será autorizado quando houver garantia de atendimento no Município de referência, com horários e datas pré-definidos. O benefício do Tratamento Fora de Domicílio – TFD – não será concedido para fins de dispensação de medicamentos e visitas ao paciente hospitalizado e a solicitação deverá ser encaminhada com até 15 dias de antecedência da data prevista para o atendimento.



PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU/SP
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE UNIDADES AMBULATORIAIS
Divisão de Unidades Referenciais
Seção de Apoio Social



2- OBJETIVO

O Programa de Tratamento Fora do Domicílio - TFD tem por objetivos:

1. Custear as despesas decorrentes do deslocamento dos beneficiários do programa para os municípios pactuados na Programação Pactuada Integrada – PPI – da NOAR/SUS que disponha do recurso.
2. Orientar o fluxo e documentos necessários para o cadastro de pacientes no Programa do TFD.

FLUXO DE ATENDIMENTO

Documentos necessários:

1. Formulário/ laudo médico, próprio do TFD (apêndice), devidamente preenchido pelo médico/SUS solicitante com pelo menos 15 dias de antecedência.
*As UPAS e Pronto Socorro Central devem anexar a ficha CROSS finalizada ao formulário TFD.
2. Avaliação socioeconômica realizada na Unidade Básica de Saúde.
3. Cópia do RG, CPF, cartão do SUS e comprovante de residência.
4. Cópia do RG do acompanhante (caso seja necessário)
5. Cópia dos comprovantes de agendamentos no município de referência, onde realizará o tratamento médico.

Etapas do processo de INCLUSÃO no TFD:

- Análise da documentação apresentada, agendamento de **perícia médica na Unidade Seção de Apoio Social**
- Cabe à perícia médica autorizar ou não o tratamento fora do domicílio, **definir o meio de transporte de acordo com quadro de saúde do paciente e avaliar a necessidade de acompanhante.**
- Após avaliação médica, **o paciente será atendido pela assistente social**, a qual fará as **orientações necessárias e o agendamento do transporte.**
- **Conforme avaliação socioeconômica, poderá ser concedida ajuda de custo para alimentação ao paciente e acompanhante.**

Referências

BAURU (SP) **Lei Municipal nº4.963 de 11 de Abril de 2003**. Dispõe sobre o Programa de Tratamento Fora do Domicílio – TFD. Disponível em:
https://sapl.bauru.sp.leg.br/pysc/download_norma_pysc?cod_norma=5146&texto_original=1

BAURU (SP). **Decreto nº 11721 de 29 de novembro de 2011**. Regulamenta a **Lei Municipal nº4.963 de 11 de Abril de 2003**, que implanta o Programa de Tratamento Fora do Domicílio – TFD e dá outras providências.



PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU/SP
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE UNIDADES AMBULATORIAIS
Divisão de Unidades Referenciais
Seção de Apoio Social



Apêndice

**FORMULÁRIO DE PREENCHIMENTO PARA
TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO**

LAUDO MÉDICO

(Lei municipal de Bauru 4963, de 11 de Abril de 2003 e decreto 11721 de 29 de novembro de 2011).

Preenchimento Obrigatório de Todos os Campos - LETRA LEGÍVEL

1. Nome Social: _____ (Lei nº 6.525, de 26 de junho de 2014)

2. Nome Civil: _____

3. Endereço: _____

4. Cidade: _____ Estado: _____

5. Documento de identidade: _____

6. Data de Nascimento: ____/____/____ 7. Sexo: ____ 8. Profissão: _____

9. Telefone(s): _____ 10. CNS: _____

11. Serviço de referência em Bauru (credenciado SUS) que está encaminhando para fora do domicílio: _____

12. Serviço de referência (credenciado SUS) a ser encaminhado para tratamento para fora do domicílio: _____

13. Cidade a ser referenciada para o tratamento: (decreto 11721 de 29 de novembro de 2011 2º artigo) :

- | | | |
|----------------|--------------------|---------------------------|
| () Araraquara | () Jaú | () São José do Rio Preto |
| () Botucatu | () Marília | () Sorocaba |
| () Campinas | () Ribeirão Preto | () São Paulo |

14. Motivo do encaminhamento para fora do domicílio:

15. Se menor de 18 anos ou maior de 60 anos (decreto 11721 de 29 de novembro de 2011 4º artigo), informar:

Nome do acompanhante: _____

Grau de parentesco: _____ Anexar documento de Identidade: _____

16. Histórico Atual da Doença: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU/SP
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE UNIDADES AMBULATORIAIS
Divisão de Unidades Referenciais
Seção de Apoio Social



17. Diagnóstico Provável: _____ 17 - CID _____

18. Laudos do Exame(s) Complementar (s) realizado (s) informando as condições clínicas do paciente (Anexar Cópias): _____

19. Tratamento(s) que foram Realizado(s) em Bauru: _____

20. Tratamento(s) que são Indicado(s): _____

21. Período de duração do Tratamento: _____

22. Citar razões que impossibilitam a realização do Tratamento/Exame na Cidade de Bauru:

23. Paciente necessita de algum equipamento médico hospitalar ou cuidados especiais para sua locomoção? () sim , Especificar _____ () não

Nome do Médico solicitante: _____

Unidade de Saúde/Endereço: _____

Unidade de Saúde/Telefone: _____

Local: Bauru , Data da solicitação: ____/____/____.

*Todos os campos (1 ao 23) são de preenchimento obrigatório e assinado pelo médico responsável/solicitante.

Análise do médico perito da Secretaria Municipal da Saúde de Bauru.

Modalidade de transporte autorizado pela perícia:

() Ônibus Convencional () Ambulância () Veículo comum

Bauru, ____, ____, 20____.

Assinatura, Carimbo e data do médico perito responsável.



APOIO SOCIAL

Rua Cussy Júnior, 2-60, Centro

Fone: (014) 3214-3609 / (014) 3236-1514

E-mail: apoiosocial@bauru.sp.gov.br

Horário de Funcionamento: Das 7h00 às 17h00