



Estado do Rio de Janeiro
Município de Paracambi
Secretaria Municipal de Saúde



**PROPOSTA DE NORMATIZAÇÃO E ESTABELECIMENTO DE
FLUXO E PROTOCOLO PARA UTILIZAÇÃO DE TRANSPORTE
SANITÁRIO ELETIVO
PARA O MUNICÍPIO DE PARACAMBI/RJ.**

**PARACAMBI/RJ
MARÇO/2018**



IDENTIFICAÇÃO MUNICIPAL

PREFEITURA MUNICIPAL DE PARACAMBI

Rua Juiz Emílio Carmo, nº 50 – Centro – Paracambi/RJ – CEP. 26.600-000

Tel. (21) 2683-9100

PREFEITA MUNICIPAL

Lucimar Cristina da Silva Ferreira

VICE-PREFEITO

Julio Gonçalves

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Coronel Othon, nº 456 – Centro – Paracambi/RJ – CEP. 26.600-000

Tel. (21) 2683-2247

SECRETARIO MUNICIPAL DE SAÚDE

Diego Almeida Xavier



1. DADOS DO MUNICÍPIO

O Município de Paracambi pertence à Região Centro - Sul, que também abrange os municípios de Areal, Comendador Levy Gasparian, Engenheiro Paulo de Frontin, Mendes, Miguel Pereira, Paraíba do Sul, Paty dos Alferes, Sapucaia, Três Rios e Vassouras.

O Município tem um único distrito-sede, ocupando uma área total de 179,7 Km², correspondentes a 3,4% da área da Região Metropolitana. Os limites municipais, no sentido horário, são: Piraí, Mendes, Miguel Pereira, Japeri, Seropédica e Itaguaí.

Paracambi é servido pela RJ-127, que acessa a rodovia Rio - São Paulo na fronteira com Itaguaí e Seropédica, ao sul, e Engenheiro Paulo de Frontin, ao norte. Outra estrada liga a Japeri, a leste, conectando-se com a RJ - 125 em direção a Miguel Pereira. O município também é servido por ramal ferroviário.

Segundo dados estimados do DATASUS a população estimada é de 49.520 habitantes, sendo a de maior concentração populacional as faixas etárias de 20 a 59 totalizando 30.945 habitantes e que é considerada a população economicamente ativa.

O Município tem uma estimativa de população idosa de 6.520 habitantes segundo os dados estimados do DATASUS/2015. A gestão de saúde municipal está enquadrada no modelo de **Gestão Plena**.

2. INTRODUÇÃO

O **Transporte Fora de Domicílio - TFD** é um benefício cujo financiamento é definido pela Portaria Nº 55 da Secretaria de Assistência a Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS) de 24 de fevereiro de 1999 (Anexo I), que por sua vez disciplina os artigos 197 e 198 da Constituição Federal de 1988 e Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Esse benefício tem por objetivo fornecer auxílio financeiro aos clientes atendidos pela rede pública ou conveniados/contratados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) viabilizando o acesso a serviços assistenciais em outros Municípios e Estados desde que esgotadas todas as formas de tratamento de saúde na localidade em que o paciente residir.



Trata-se, assim, de um programa responsável por custear o tratamento de clientes que não detém condições de arcar com as suas despesas, isto é, que dependam exclusivamente da rede pública de saúde, possibilitando-lhes requisitar junto à Prefeitura ou à Secretaria Estadual de Saúde de onde reside o auxílio financeiro necessário para procederem ao tratamento de saúde.

As despesas abrangidas por esse benefício são aquelas relativas a transporte (aéreo, terrestre e fluvial), diárias para alimentação e, quando necessário, pernoite para cliente e acompanhante, sendo certo ainda que abranja também as despesas com preparação e traslado do corpo, em caso de óbito em TFD. Assim, se o cliente e seu acompanhante retornarem ao município de origem no mesmo dia, serão conferidos apenas, a passagem e a ajuda de custo para alimentação.

A portaria SAS/MS Nº 55 supracitada dispõe sobre a rotina do tratamento fora do domicílio que inclui os valores de procedimentos de TFD na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS, prevê os seguintes valores em seu Artigo 11:

- Valor de transporte aéreo a cada 200 milhas por cliente/acompanhante R\$ 100,00;
- Valor do transporte terrestre a cada 50 km de distância por acompanhante R\$ 3,00;
- Valor para alimentação de cliente e acompanhante quando não ocorrer pernoite fora do domicilio R\$ 10,00;
- Valor para diária completa, incluindo alimentação e pernoite R\$ 30,00;

Entretanto a Resolução SES/RJ Nº171 de 28 de novembro de 2011 que regulamenta a concessão do auxílio para TFD fora de domicílio no âmbito do SUS no Estado do Rio de Janeiro (anexo 2), em seu Art. 9 parágrafo III veta a concessão do benefício nos deslocamentos menores do que 50 km do município sede e entre municípios situados na região metropolitana.

Por outro lado nessa resolução, o nível Estadual de Gestão assume o pagamento do benefício nas situações onde segundo a mesma ele é pertinente. Para concessão do mesmo a Regulação da Secretaria Municipal deverá proceder junto ao nível Estadual conforme o orientado na referida resolução em anexo.



Em vista do exposto faz-se necessária a elaboração do presente documento a fim de, com base nos artigos 197 e 198 da Constituição Federal de 1988; Lei Orgânica da Saúde Nº 8.080/90; Portaria SAS/MS Nº 55/99 e Resolução SES/RJ Nº 171/11, **REGULAMENTAR OS CRITÉRIOS, ESTABELECEER FLUXO E PROTOCOLO PARA UTILIZAÇÃO DE TRANSPORTE SANITÁRIO ELETIVO – TSE, NO MUNICÍPIO DE PARACAMBI/RJ.**

O **Transporte Sanitário Eletivo - TSE** é um serviço de caráter ambulatorial (procedimentos/consultas/exames), regulados e agendados previamente para a rede pública ou conveniados/contratados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), **sem urgência**, podendo ser para tratamento contínuo ou pontual, no próprio, nas regiões de saúde ou no Estado do Rio de Janeiro.

3. OBJETIVO

Regulamentar os critérios, estabelecer fluxo e protocolo para utilização de Transporte Sanitário Eletivo – TSE, no município de Paracambi/RJ.

4. CARACTERIZAÇÃO DA CLIENTELA

- a) **Para utilização do Transporte Sanitário Eletivo**: Clientes residentes de Paracambi e usuário do SUS, que necessitem de transporte para realização de serviço ambulatorial (procedimentos/consultas/exames), no município, regiões de saúde e fora da base territorial municipal, **porém dentro do Estado do Rio de Janeiro.**
- b) **Para acesso ao benefício do TFD**: Os residentes de Paracambi, que necessitem realizar procedimentos em referências situadas fora do Estado do Rio de Janeiro fará Jus ao benefício, para tal deverão ser adotados os procedimentos previstos na Resolução SES/RJ Nº 171/11.



5. COMPETÊNCIA

Caberá a Regulação Municipal, o encaminhamento para Transporte Sanitário Eletivo - TSE e Transporte Fora de Domicílio - TFD, sendo esta a articuladora com o setor de transportes onde fará a avaliação e triagem a fim de viabilizar o transporte com o Nível Estadual do SUS no segundo caso, sendo neste adotados os procedimentos previstos na Resolução SES/RJ N° 171/11.

O Profissional responsável pela avaliação e triagem do cliente contemplado pelo TS ou TFD deverá preferencialmente ser um **Assistente Social**.

Caberá ao Setor de Transporte de acordo com programação estabelecida pela referência dos clientes em articulação com a Regulação Municipal organizar o Transporte Sanitário Eletivo dos clientes em cronograma de deslocamento a fim de aperfeiçoar a utilização dos veículos.

6. DEMANDA A SER ATENDIDA

A estimativa média anual de deslocamentos para clientela Objeto do Transporte Sanitário Eletivo com base na demanda hoje atendida dentro do Estado do Rio de Janeiro considerando o deslocamento ida-retorno encontra-se descrito nas tabelas 1, 2 e 3.

A descrição de clientes que precisam de deslocamentos para **OBJETO** do Transporte Fora de Domicílio, com base na demanda hoje atendida interestadual encontra-se descrita na tabela 4.

TABELA 1

Deslocamentos de Clientes de Radioterapia

Município Origem	Município Destino	Total de Clientes Deslocados	Total de Deslocamentos p/Cliente (mês)	Observação
PARACAMBI	VOLTA REDONDA	05	20	Tratamento diário (2ª a 6ª)



TABELA 2

Deslocamentos de Clientes de Hemodiálise

Município Origem	Município Destino	Total de Clientes Deslocados	Total de Deslocamentos p/Cliente (mês)	Observação
PARACAMBI	RIO DE JANEIRO (HFB)	01	12	Tratamento 3ª, 5ª e Sábado
	JAPERI	27	12	Tratamento de 2ª a Sábado (03 turnos)



TABELA 3

Deslocamentos de Clientes Fora da Região Centro Sul

Descrição / Destino	Total de Clientes Deslocados	Total de Deslocamentos p/Cliente (mês)	Total de Deslocamentos (ano)
ABBR	02	20	240
AFAC - NITERÓI	01	04	48
FIOCRUZ	01	01	12
HOSPITAL GERAL BONSUCESSO	05	20	240
HOSPITAL LARANJEIRAS	05	20	240
HOSPITAL ANDARAÍ	04	16	192
HOSPITAL LAGOA	05	20	240
HOSPITAL INTO	03	03	36
HOSPITAL HEMORIO	08	08	96
HOSPITAL CARDOSO FONTES	03	03	36
AFAG (NITERÓI)	01	04	48
HOSPITAL PEDRO ERNESTO	04	04	48
HOSPITAL DE CURICICA	02	02	24
HOSPITAL DE OLHOS SANTA BEATRIZ	01	01	12
HOSPITAL SERVIDORES DO ESTADO	07	07	84
HOSPITAL FUNDÃO	04	04	48
HOSPITAL MONCOVO FILHO	02	02	24
HOSPITAL ALUISIO DE CASTRO	03	03	36
HOSPITAL ESCOLA LARANJEIRAS	01	04	48
HOSPITAL SÃO FRANCISCO DE ASSIS	01	01	12
HOSPITAL DE IPANEMA	01	01	12
POLICLÍNICA PIQUET CARNEIRO	03	03	36
HOSPITAL INCA (1, 2 e 3)	22	66	792
HOSPITAL ADVENTISTA SILVESTRE	01	01	12
HOSPITAL DO CÉREBRO	02	02	24
TOTAL	92	220	2.640



TABELA 4

Deslocamentos de Clientes Fora do Estado

Município	Descrição / Destino	Total de Clientes Deslocados
PARACAMBI	SÃO PAULO (Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia)	05
	SÃO PAULO (BOS – Banco de Olhos de Sorocaba)	01

7. REQUISITOS

Para Utilizar o serviço de Transporte Sanitário Eletivo, além de residente no Município e usuário do SUS, o cliente deve preencher os seguintes requisitos:

1. Possuir cartão nacional de saúde (CNS) do SUS atualizado;
2. Apresentar LAUDO MÉDICO atualizado (seis meses), e/ou agendamento;
3. Observar as regras contidas no presente protocolo.

8. EXCLUSÕES

O Transporte Sanitário Eletivo não realizará atendimentos para:

1. Transporte de urgência ou emergência sob qualquer hipótese;
2. Práticas de atividades educacionais, culturais, esportivas, recreativas ou turísticas;
3. Transporte para clínicas e hospitais particulares, salvo em casos de liminares judiciais e/ou conveniados/contratados pelo Sistema Único de Saúde (SUS);
4. Tratamento estético;
5. Perícia médica junto ao INSS e poder Judiciário;
6. Visitação em presídios, hospitais, clínicas e afins.



9. CONDIÇÕES E REGRAS GERAIS DE USO

Para que o serviço de Transporte Sanitário Eletivo possa cumprir sua missão e atender as necessidades de seus clientes, inclusive com a utilização de veículo adequado a sua condição, antes de usufruir dos benefícios deste serviço é imprescindível o amplo conhecimento das seguintes condições e regras gerais de uso:

1. O número do cartão nacional de saúde (CNS) do SUS é o identificador do paciente junto ao serviço e deverá ser informado pelo cliente/responsável sempre que solicitado;
2. Os clientes deverão manter os dados do Cadastro Municipal e do CNS atualizado junto a Secretaria Municipal de Saúde;
3. O tipo de transporte será determinado pela equipe do setor de transporte levando em conta o grau de mobilidade do paciente conforme comprovado no formulário situacional do paciente ou laudo médico;
4. O agendamento do transporte aprovado garante o direito do atendimento desde que haja vaga disponível na data, horário e local de destino solicitado;
5. Ao agendar, alterar ou cancelar uma viagem o cliente/responsável deverá guardar em lugar seguro o comprovante da solicitação gerado pelo sistema. Ele é o comprovante de solicitação e a garantia de atendimento;
6. O acompanhante será uma pessoa com idade igual ou superior a 18 (dezoito) anos e gozar de boa saúde física e mental a fim de auxiliar o cliente em seus deslocamentos. Quando o cliente for menos ou com dificuldade de locomoção/discernimento a sua presença será obrigatória. Aos clientes que possuírem condições de viajarem sozinhos só será permitido acompanhante mediante recomendação médica;
7. É vedada a utilização do serviço de Transporte Sanitário Eletivo para a realização de qualquer fim que não seja tratamento de saúde.



10. FLUXO DE ATENDIMENTO

Abaixo descrevemos os processos do serviço do Transporte Sanitário Eletivo, de forma a tornar fácil a compreensão de todo o fluxo de atendimento, desde o momento do cadastro até o retorno após um procedimento, e assim facilitar o acesso ao serviço bem como expor a complexidade envolvida para que todos possam compreender as razões para a existência deste protocolo bem como os motivos que justificam as exigências, infrações e sanções nele previstas.

10.1 – CADASTRO

O cadastro será realizado mediante a apresentação dos documentos abaixo descritos pelo cliente/responsável na Central de Agendamento do Município, sendo original e uma cópia:

1. RG (identidade);
2. CPF;
3. Cartão nacional de saúde (CNS) do SUS;
4. Comprovante de residência atualizado (devendo ser informado um ponto de referência fácil de ser identificado e telefone de contato);
5. Laudo médico contendo o CID (válido por seis meses) legível, e deverá conter:
 - a) Nome completo do cliente;
 - b) Papel timbrado do estabelecimento de saúde;
 - c) Tipo de procedimento: consulta, tratamento e/ou exame a ser realizado;
 - d) Data e horário da realização.



10.2 – EFETIVAÇÃO DO CADASTRO

A avaliação será feita por meio de apresentação de todos os documentos exigidos, além de prévio atendimento com o profissional de equipe técnica do Transporte Sanitário Eletivo, que irá analisar a cada caso, com intuito de serem esgotadas as possibilidades de o paciente utilizar recursos próprios para a realização do tratamento.

A concessão da vaga será analisada conforme os seguintes critérios:

1. Ordem cronológica do pedido; Pedido com antecedência mínima de 04 (quatro) dias úteis;
2. Ausência de sanção em nome do paciente (desavenças e/ou faltas);
3. Vaga disponível conforme solicitação de data, horário e local de destino do paciente em veículo adequado ao tipo de transporte definido em cadastro.

10.3 – HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

A Central de Agendamento do serviço de Transporte Sanitário Eletivo, localizado a Estrada RJ 127, Nº 10.628 – Lages – Paracambi/RJ, Telefone: 2683-2247 atende para informações, solicitações de cadastro, bem como agendamento, alterações, cancelamento, suspensão, de segunda a sexta-feira (exceto feriados e pontos facultativos), de 07h00min as 11h00min horas, e de 12h00min as 16h00min horas.

10.4 – ÍNICIO DO ATENDIMENTO

O cadastro garante o direito a atendimento na data, horário e local de destino solicitado, onde no ato da confirmação de vaga, onde será fornecido um protocolo de agendamento que comprovará a existência da solicitação e a concessão da vaga.

OBS. Avisar com antecedência a Central de Agendamento caso haja desmarcação/impedimento/cancelamento de viagens até às 16 horas do dia anterior.



10.5 – ALTERAÇÕES CADASTRAIS

As alterações cadastrais do cliente, seu responsável e/ou acompanhantes devem ser feitas pessoalmente (por escrito) a Central de Agendamentos com antecedência mínima de 05 (cinco) dias úteis anteriores a data do transporte.

10.6 – ATENDIMENTOS ESPECIAIS AOS CLIENTES

Eletivos com necessidades especiais, que necessitem de atendimentos para medição de próteses, cadeiras de roda ou outros que se façam necessários, seguindo critério de Agendamento, onde a equipe irá destinar o transporte adequado para cada caso, e nos casos que se façam preciso buscar os estabelecimentos liberados, sendo a logística, de acordo com a demanda observados os prazos do estabelecimento do SUS informar através de Laudo Médico.

10.6.1 – ATENDIMENTO A CLIENTES MENORES DE 10 ANOS

Conforme Resolução nº 277, de 28 de maio de 2008 (Contran), em seu Art. 1º Crianças até 10 anos devem ser acomodadas nos bancos traseiros, usando individualmente cinto de segurança ou sistema de retenção equivalente, caso seja preciso o uso da cadeirinha, os responsáveis deverão se apresentar com a mesma, desde que seja informado no ato do Agendamento da Viagem quando o deslocamento ocorrer com veículo de passeio.

Quando aos deslocamentos forem realizados em veículo coletivo deverá ser obedecida ao estabelecido no §3º do art. 1º da mesma resolução em que se dispensa a necessidade de sistema de retenção (cadeirinha, porta-bebê, assenta de elevação ou similares).



11. ATRIBUIÇÕES

11.1 – DA EQUIPE

1. São atribuições da equipe no desempenho de suas funções:
2. Ter conhecimento, cumprir e fazer cumprir as regras deste regulamento;
3. Ser educado, cortês e imparcial com os clientes, tratando-os com respeito e urbanidade, evitando discussões, devendo instruí-los a dirigir suas reclamações, críticas e sugestões diretamente à Chefia do serviço;
4. Nortear suas condutas e ações no exercício de suas tarefas, conforme orientação da equipe de Especialistas em Saúde, quando esta evidenciar situações e casos de sua competência técnica;
5. Após o prazo de seis meses, serão reavaliados os casos, sendo necessária a apresentação dos documentos e laudo médico atualizado, contendo informações que expliquem a permanência do uso do transporte.

OBS. Os casos omissos deverão ser resolvidos pela equipe técnica do Transporte Sanitário Eletivo da Secretaria Municipal de Saúde de Paracambi.

11.2 – SÃO VEDADOS À EQUIPE

1. Agredir física ou verbalmente qualquer cliente do Transporte Sanitário Eletivo;
2. Transportar, comercializar, oferecer, ou distribuir qualquer tipo de produto (inclusive propaganda) a Clientes/Acompanhantes ou quaisquer pessoas durante o horário de trabalho.

11.3 – DO MOTORISTA

São atribuições do motorista no desempenho de suas funções:

1. Conduzir o veículo de forma segura e eficiente durante o transporte dos clientes, observando todas as regras e leis de trânsito, inclusive não trafegando em locais de difícil acesso ou prejudicados por eventos naturais como chuva forte que impossibilitem o movimento seguro do veículo e seu estacionamento;



2. Observar rigorosamente os horários de embarque/desembarque de cada cliente, conforme definidos no Roteiro de Viagem, devendo apontar antecipadamente a central de agendamentos qualquer circunstância que possa dificultar e/ou impedir o seu cumprimento;
3. Definir o trajeto mais adequado para atendimento a determinado grupo de clientes, na ida ou retorno de seu tratamento de saúde, com o objetivo de tornar rápido, confortável e seguro o transporte dos clientes.
4. Em casos extremos de agressão física e/ou verbal contra si, auxiliar em saúde ou cliente, o motorista deverá comunicar imediatamente a situação ao chefe do serviço de transporte sanitário, registrando o incidente no relatório de viagem, podendo inclusive arrolar como testemunhas os clientes que presenciarem o fato;
5. Quando da ausência do cliente, o motorista deve comunicar de imediato a central de agendamentos ou o controle operacional e relatar o fato, arrolando testemunhas e detalhando fatos a fim de obter respaldo para reclamações posteriores.

11.4 – SÃO VEDADOS AO MOTORISTA:

1. Transportar cliente com mais de 01 (um) responsável/acompanhante, exceto casos especiais;
2. Transportar acompanhante que não esteja listado na ficha do cliente;
3. Permitir que algum cliente seja transportado sem cinto de segurança;
4. Transportar qualquer volume que não esteja atrelado ao tratamento do cliente e que os usuários queiram levar, mas não possam carregar por conta própria durante a viagem, ou seja, cujo tamanho ou peso exceda o limite razoável para “bagagem de mão” e, portanto, ocupe espaço maior no veículo e/ou dificulte o embarque/desembarque;
5. Fazer qualquer tipo de transporte que não conste de Ordem de Serviço e/ou Roteiro de Viagem, ou seja, transportar qualquer pessoa, cliente ou não, a qual não tenha vaga agendada para aquela rota, data e horários específicos ou queira partir/retornar de local diverso daquele agendado como ida/destino;



6. Receber documentos pertinentes ao cliente com o intuito de intermediar seu envio ao Transporte Sanitário Eletivo. Se ocorrer esse tipo de solicitação por parte de algum cliente, oriente a ele que procure a área competente por aquele assunto.

12. DEVERES

São deveres dos clientes quando em uso do Serviço de Transporte Sanitário Eletivo:

1. Ter conhecimento e cumprir as regras deste regulamento;
2. Apresentar o Cartão de Usuário quando solicitado por algum membro da equipe do Serviço de Transporte Sanitário Eletivo;
3. Manter bom relacionamento com a equipe do Transporte Sanitário Eletivo, sempre de forma educada e sem exaltação;
4. Durante a viagem: Usar e manter afivelado o cinto de segurança;
5. Não colocar para fora do veículo qualquer parte do corpo;
6. Falar com o motorista somente o indispensável;
7. Portar-se de maneira adequada, sendo vedado: falar alto, pronunciar palavras de baixo calão, permanecer sem camisa ou vestindo roupas transparentes, fumar, ingerir bebida alcoólica e sujar o interior do veículo inclusive com restos de alimentos;
8. Utilizar-se do Serviço de Transporte Sanitário Eletivo exclusivamente para o tratamento de saúde, sendo vedado o transporte de compras e congêneres, tanto por parte pacientes quanto por acompanhantes destes, uma vez que a função do acompanhante é exclusivamente auxiliar o paciente em sua enfermidade e a realização de outra atividade denota que a sua presença não se faz necessária.



13. INFRAÇÕES

São consideradas infrações as seguintes circunstâncias ou condutas dos usuários e uma vez constatadas, ficam passíveis de sanções nos termos deste protocolo:

1. Deixar de cumprir seus deveres conforme consta neste regulamento;
2. A **falta sem justificativa médica**, por até três vezes, acarretará a perda da vaga;
3. Não se apresentar para a viagem agendada ou se atrasar por mais de 5 (cinco) minutos para embarque, devendo aguardar 5 (cinco) minutos para sair;
4. Comercializar produtos dentro dos veículos da frota;
5. Não comunicar mudança de endereço ou fornecer endereço incorreto que dificulte ou impeça o motorista de transportar o paciente;
6. Solicitar veículo para retorno antes da efetiva liberação do paciente;
7. Agressão física ou verbal a qualquer membro da equipe ou cliente do Transporte Sanitário Eletivo;
8. Aliciar o motorista a executar roteiro não previsto ou transportar cliente sem ordem de serviço, ou seja, sem agendamento prévio;
9. Solicitar transporte sem a existência de agendamento de procedimento junto ao estabelecimento de saúde, destino.

OBS. Os casos de perda da vaga acima descritos, e havendo necessidade de utilização do Transporte Sanitário Eletivo, coloca o usuário novamente na fila de espera, sendo atendido de acordo com os critérios de avaliação.



14. BIBLIOGRAFIA

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 05 de outubro de 1988.

BRASIL. **Decreto nº 7.508**, de 19 de dezembro de 2010, que Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação inter federativa, e dá outras providências.

BRASIL. **Lei n.8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e define o Transporte Sanitário como um dos quatro sistemas logísticos que compõem a estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS nº 2.563**, de 03 de outubro de 2017, que regulamenta a aplicação de recursos de programação para financiamento do Transporte Sanitário Eletivo destinado ao deslocamento de usuários para realizar procedimentos de caráter eletivo no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS nº 55**, de 24 de fevereiro de 1999, que 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.



RIO DE JANEIRO, Secretaria Estadual de Saúde. **Resolução SES/RJ nº 171**, de 28 de novembro de 2011, regulamenta a concessão do auxílio para tratamento fora de domicílio no âmbito do sistema único de saúde no estado do Rio de Janeiro.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução CIT/MS nº 13**, de 23 de fevereiro de 2017, que dispõe sobre as diretrizes para o Transporte Sanitário Eletivo destinado ao deslocamento de usuários para realizar procedimentos de caráter eletivo no âmbito SUS.

15. ANEXOS

1. Laudo Médico para Tratamento Fora de Domicílio;
2. Solicitação de Tratamento Fora do Domicílio;
3. Termo de Compromisso do Transporte Sanitário Eletivo;
4. Ficha de Cadastro do Cliente para Utilizar o Transporte Sanitário Eletivo.



ANEXO I
(NO CASO DO SISTEMA SER IMPLANTADO)

Laudo Médico para Tratamento Fora de Domicílio

Nome do Paciente:	
Data de Nascimento:	Sexo:
Idade:	Profissão:
Naturalidade:	Nacionalidade:
Identidade:	CPF:
Endereço:	
Bairro:	Município:
UF:	CEP:
Tel.:	
Unidade SUS de Atendimento:	
Número de Prontuário de Atendimento:	
Histórico Clínico:	
Exame Físico:	
Diagnóstico:	CID:
Exames Complementares (anexar cópias):	
Tratamento Realizado:	
Tratamento/Procedimento indicado:	
Duração provável de tratamento:	
Meio de Transporte: Rodoviário () Aéreo ()	
Justificar:	
Necessidade de Acompanhante: () Sim () Não Se Sim Justificar:	

Data: ____/____/____

Assinatura e Carimbo Médico

Assinatura e Carimbo/Responsável da Unidade SUS



ANEXO II

Secretaria Municipal de Saúde Solicitante:	
Nome do Representante Legal:	
Endereço:	
Bairro:	Município:
UF:	CEP:
Tel.:	
Identidade:	CPF:
Nome Acompanhante:	
Endereço:	
Bairro:	Município:
UF:	CEP:
Tel.:	
Identidade:	CPF:

Data: ____/____/____

Assinatura e Carimbo Autorizador SMS

Autorização de Tratamento Fora de Domicílio

Parecer da SESDEC/SAS/SR/CTFD: () Desfavorável Justificar:
() Favorável:

Data: ____/____/____

Assinatura e Carimbo Autorizador SMS



ANEXO III

TERMO DE COMPROMISSO DO TRANSPORTE SANITÁRIO ELETIVO

Visando o atendimento e o bom andamento do Transporte Sanitário Eletivo do Município de Paracambi, declaro estar ciente e cumprir as orientações:

1. O horário para início do transporte deve ser cumprido, assim me comprometo a estar pronto no local combinado pelo menos cinco minutos antes do veículo chegar;
2. O Transporte Sanitário Eletivo está autorizado a aguardar até cinco minutos e, se ocorrer atraso superior, não será feito o transporte. Exceto em situações eventuais no retorno do serviço de hemodiálise e quimioterapia;
3. O paciente será deixado única e exclusivamente no local onde será realizada a hemodiálise e quimioterapia;
4. Não serão feitas, em hipótese alguma, paradas para pegar medicamentos, entrega ou realização de exames, ou em qualquer outro lugar que não seja o destino usual (agendado);
5. No caso de não utilização do serviço (por internamento, exame, ir embora antecipadamente com familiar ou de qualquer outra forma) estarei comunicando pelo telefone 2683-2247 o mais breve possível, para as devidas organizações;
6. Ter uma pessoa disponível para me receber no horário de retorno, que será _____;
7. Quando estiver com dificuldade de locomoção, obrigatoriamente um único acompanhante, deverá vir junto, auxiliando para entrada/saída do veículo;
8. Tenho ciência de que este é um transporte coletivo e não individual;
9. O trajeto realizado pelo transporte não poderá sofrer alteração para beneficiar nenhum paciente, tendo em vista que já é pré-determinado para que possamos atender a todos da melhor maneira;
10. Em caso de mudança de dia/horário do tratamento, solicitar junto a UNIDADE DE ATENDIMENTO, que emita novo laudo, para atualização junto a Central de Agendamento.

EU _____

RG _____

Declaro estar ciente dos critérios presentes na Instrução Normativa Nº _____ de ___/___/___ e das orientações do Transporte Sanitário Eletivo, para melhor prestação deste serviço.

Paracambi, de _____ de 201 .

Assinatura



ANEXO IV

FICHA DE CADASTRO DO CLIENTE PARA UTILIZAR O TSE

Unidade Solicitante:	
Data do Transporte:	Horário:
Motivo do Transporte: () Quimioterapia/Radioterapia () Terapia Renal Substitutiva () Exames () Outro: _____	
Nome do Paciente:	
Data de Nascimento:	Sexo:
Idade:	Profissão:
Peso:	Altura:
Naturalidade:	Nacionalidade:
Identidade:	CPF:
Endereço:	
Bairro:	Município:
Ponto de Referência:	
UF:	CEP:
Tel.:	
Condição Física: () Deambula com Dificuldade () Deambula sem dificuldade () Não Deambula () Acamado () Cadeirante	
Unidade SUS de Atendimento:	
Número de Prontuário de Atendimento:	
Diagnóstico:	CID:
Tratamento Realizado:	
Tratamento/Procedimento indicado:	
Duração provável de tratamento:	
Necessidade de Acompanhante: () Sim () Não Se Sim Justificar:	
Acompanhante:	
Endereço:	
Bairro:	Município:
UF:	CEP:
Tel.:	
Identidade:	CPF:



Autorização de Tratamento Sanitário Eletivo

Parecer da SMS/TSE/Paracambi:

() Desfavorável

Justificar:

() Favorável:

Data: ____/____/____

Assinatura e Carimbo Autorizador SMS