



Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura de Assis

**PROTOCOLO DE ACESSO AO TRANSPORTE
SANITÁRIO ELETIVO PARA TRATAMENTO FORA DO
DOMICÍLIO- TFD**

Luciana Gomes de Souza- Secretária Municipal da Saúde de Assis.
Josiane A. Batista- Rede de Urgência e Emergência- RUE.

Assis

2018

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1. INTRODUÇÃO | 02 |
| 2. FINALIDADE | 02 |
| 3. EXCLUSÕES | 02 |
| 4. REQUISITOS | 03 |
| 5. CONDIÇÕES GERAIS E REGRAS DE USO | 03 |
| 6. FLUXO DE ATENDIMENTO | 03 |
| 7. ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS NO ATENDIMENTO | 06 |
| 8. OBSERVAÇÕES SOBRE O TRANSLADO | 08 |
| ANEXOS | 09 |

1. INTRODUÇÃO

Considerando as Portarias nº 2436 de 21 de setembro de 2017, nº 1631 de 01 de outubro de 2015, nº 2214 de 31 de agosto de 2017, considerando ainda a Resolução 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.

Este protocolo foi confeccionado como resposta à demanda de usuários que apresentam quadro de mobilidade nula ou reduzida, permanente ou temporária que dificultem sua locomoção, visando assegurar a continuidade do atendimento, garantindo sua mobilidade entre os serviços de caráter eletivo oferecidos pelo SUS- Sistema Único de Saúde.

Esse serviço constitui no transporte eletivo, exclusivamente aos usuários residentes do Município de Assis, portadores de necessidades especiais e/ou com dificuldades de locomoção em veículo próprio ou transporte coletivo.

2. FINALIDADE

Destina-se ao transporte de pacientes que apresentam quadro de mobilidade nula ou reduzida, permanente ou temporária que dificultem sua locomoção (Lei Nº 13.146/2015), menores de dezoito anos de idade (Lei Nº 8.069/1990) ou idosos (Lei N.º 10.741/2003), agendados por meio do setor de Agendamento de Transporte Sanitário Eletivo para serviços agendados para TFD- Tratamento Fora do Domicílio, regulado por meio do DREMAC- Departamento de Regulação de Média e Alta Complexidade, exclusivamente para atendimento nos equipamentos de saúde do SUS ou conveniados regulados pelo Departamento de Regulação de Média e Alta Complexidade para fins de:

- I. Exames Clínicos;
- II. Internação Cirúrgica;
- III. Internação Clínica;
- IV. Quimioterapia;
- V. Radioterapia;
- VI. Consultas e avaliações médicas;
- VII. Serviços de reabilitação em geral;
- VIII. Procedimentos agendados;

3. EXCLUSÕES

O serviço de Transporte Sanitário Eletivo- **TFD** não realiza atendimentos para:

- I. Transporte de Urgência e Emergência sob qualquer hipótese;
- II. Transporte para Clínicas e Hospitais particulares;
- III. Tratamento estético;
- IV. Visitação em presídios;

4. REQUISITOS

Para utilizar o serviço de Transporte Sanitário Eletivo para Tratamento Fora do Domicílio, além de residente no município e usuário do SUS, o paciente deverá preencher os seguintes requisitos:

- I. Observar as regras contidas nesta Instrução Normativa;
- II. Possuir cadastro ativo no serviço;
- III. Preencher o Formulário de Solicitação Transporte Eletivo-TFD, Anexo I;
- IV. Submeter-se ao exame regulatório junto à equipe médica do DREMAC
- V. Preencher a assinar o Termo de Compromisso do Transporte Sanitário Eletivo- TFD, Anexo III;

5. CONDIÇÕES E REGRAS GERAIS DE USO

Para garantir a efetividade do serviço prestado aos usuários, inclusive com a utilização do serviço adequado à sua condição, antes de usufruir dos benefícios deste serviço torna-se imperioso o amplo conhecimento e regras gerais de uso:

- I. O cadastro no serviço é válido por tempo indeterminado podendo assumir dois status; ativo e inativo;
- II. Somente pacientes com cadastro ativo poderão solicitar pedido de vaga;
- III. Pacientes com cadastro inativo deverão reativá-lo junto ao DREMAC- Departamento de Regulação de Média e Alta Complexidade para poder voltar a fazer uso do serviço, por meio do exame regulatório realizado pela equipe médica do DREMAC;
- IV. O cadastro aprovado garante o direito a atendimento desde que haja vaga disponível na data, horário e local do destino solicitado;
- V. O tipo de transporte será determinado pela equipe do DREMAC- Departamento de Regulação de Média e Alta Complexidade levando em consideração as informações contidas no Formulário de Solicitação de Transporte sanitário Eletivo conforme Anexo I;
- VI. As solicitações de agendamento deverão ser realizadas no prazo de 72 horas antes da data do atendimento;
- VII. Ao agendar, cancelar ou alterar uma viagem o paciente/responsável deverá guardar consigo o comprovante da solicitação;
- VIII. Quando necessária à presença de um acompanhante o mesmo deverá possuir idade igual ou superior a 18 (dezoito) anos e gozar de boa saúde a fim de auxiliar o paciente em seus deslocamentos;
- IX. Quando o paciente for menor de dezoito anos de idade, deverá necessariamente ser acompanhado por um responsável formal;
- X. O exame regulatório verificará a pertinência do TFD, que somente será autorizado para procedimentos e especialidades que não são disponibilizadas na rede SUS do município de Assis.

6. FLUXO DE ATENDIMENTO

Visando a compreensão das razões para a existência desta Instrução Normativa, segue a descrição sumária de cada um dos processos de atendimento do serviço no sentido de tornar fácil assimilar todo o fluxo de atendimento, facilitando o acesso ao serviço.

6.1- Cadastro.

Para cadastrar-se, o paciente ou responsável deverá dirigir-se ao setor de Cadastro e Agendamento do Transporte Sanitário Eletivo- TFD, portando os seguintes documentos originais do paciente:

- I. RG;
- II. CPF;
- III. Cartão SUS (Cartão Nacional do SUS);
- IV. Comprovante de residência Atualizado;
- V. Formulário de Solicitação de Transporte Sanitário Eletivo- TFD conforme Anexo I;

6.2- Efetivação do Cadastro.

Caso a condição do paciente se enquadre nos requisitos conforme elencados neste Protocolo, seu cadastro será efetivado e garante o direito ao atendimento.

6.3- Início de Atendimento.

Os agendamentos poderão ser feitos para Transporte Regular ou Eventual, conforme procedimentos descritos a seguir;

- I) Transporte Eventual, ou seja, para consultas, exames ou procedimento ocasional, o pedido deverá ser feito pessoalmente ou por responsável pelo paciente no setor de DREMAC- Departamento de Regulação de Média e Alta Complexidade, o pedido de vaga deverá ser feito pessoalmente ou por responsável, sendo necessária a apresentação do comprovante de agendamento, obrigatoriamente expedido por meio de documento com o timbre do equipamento de saúde, onde o paciente será atendido devendo constar os seguintes dados:
 - a) Nome do paciente;
 - b) Nome do profissional que irá assisti-lo;
 - c) Nome, endereço e telefone do equipamento de saúde onde será assistido;
 - d) Data e horário de atendimento;
- II) Para transporte regular, ou seja, para terapia/ tratamento por tempo prolongado (determinado ou indeterminado), o pedido de vaga deverá ser feito pessoalmente ou por responsável, sendo necessária a apresentação da programação do tratamento específico, obrigatoriamente expedido por meio de documento com o timbre do equipamento de saúde, onde o paciente realizará o tratamento devendo constar os seguintes dados:
 - e) Nome do paciente;
 - f) Nome, endereço e telefone do equipamento de saúde;
 - g) Dias e horários de tratamento;
 - h) Previsão de duração do tratamento;
 - i) Tipo de procedimento;
 - j) Carimbo e assinatura do profissional solicitante habilitado.
- III) Todos os pedidos de vaga serão analisados conforme os seguintes critérios:
 - a) Equidade;
 - b) Ordem cronológica dos pedidos;

- c) Pedido dentro do prazo de 72 (setenta e duas) horas de antecedência;

6.4- Confirmação de Viagem.

A confirmação da data e horário de partida viagem deverá ser realizada pelo DREMAC- Departamento de Regulação de Média e Alta Complexidade, por meio do seu setor de cadastro e agendamento de transporte, mediante contato telefônico com o responsável pela solicitação do agendamento.

6.5- Horários de Funcionamento.

O DREMAC- Departamento de Regulação de Média e Alta Complexidade localizado à Rua Candido Mota nº 48 – Secretaria Municipal da Saúde de Assis, atende para informações, alterações, cancelamento, solicitação de cadastro, solicitações de retornos e altas de tratamento e/ou procedimentos, suspensão temporária de programação de tratamento e agendamento, de segunda à sexta- feira (exceto feriados e pontos facultativos) das 08h00min às 16h00min.

Em caso de dúvida, poderá ser feito contato via telefone (18) 3302-5551.

6.6- Alteração de agendamento

O paciente ou responsável deverá solicitar pessoalmente a alteração do agendamento de uma viagem junto ao setor de Cadastro e Agendamento do Transporte Sanitário Eletivo, com antecedência mínima de 1 (um) dia útil da data agendada, havendo vaga disponível a alteração será realizada, caso a alteração seja indeferida por falta de vaga, o paciente ou responsável optará por manter a data anterior ou o seu cancelamento.

Solicitações encaminhadas a outros setores não serão acatadas.

6.7- Cancelamento de viagens

O paciente ou responsável obrigatoriamente, deverá solicitar via telefone, email por meio do endereço eletrônico transportes@saude.assis.sp.gov.br ou pessoalmente, o cancelamento da viagem junto ao setor de Cadastro e Agendamento do Transporte Sanitário Eletivo mediante quaisquer intercorrências que impossibilitem a viagem do paciente no dia agendado.

Uma vez cancelado, não haverá a possibilidade de reversão.

Cancelamentos realizados no dia agendado no momento em que o motorista designado comparecer no local de saída para a viagem, sem comunicação prévia até as 14h00min do dia útil anterior ao agendamento, ou sem justificativa plausível, serão considerados absentismo e na ocorrência de 3 (três) faltas haverá bloqueio do cadastro do paciente por 3 (três) meses a contar da data do último agendamento.

6.10- Atendimento aos usuários menores de 10 (dez) anos.

Segundo a Deliberação nº 100, de 02 de setembro de 2010 que altera a Resolução nº 277, de 28 de maio de 2008, que dispõe sobre o transporte de menores de 10 anos e a utilização do dispositivo de retenção para o transporte de crianças em veículos, caso seja necessário o uso de cadeirinha, os responsáveis deverão se apresentar com a mesma.

7. ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS NO ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS DO TRANSPORTE SANITÁRIO ELETIVO.

7.1- Da equipe

São atribuições da equipe durante o desempenho das suas funções:

- I. Conhecer, cumprir e fazer cumprir as regras desta Instrução Normativa;
- II. Prestar atendimento com educação, cortesia e imparcialidade, evitando discussões, devendo orientá-los para que dirijam suas reclamações, críticas ou sugestões por escrito, preferencialmente mediante formulário de sugestões/reclamação conforme anexo III.
- III. Nortear suas condutas conforme orientações contidas nesta Instrução Normativa e levar ao conhecimento da chefia imediata qualquer dúvida com relação ao processo de trabalho visando à eficiência do serviço prestado.

7.1.1- É vedado à equipe:

- I. Agredir física ou verbalmente qualquer usuário;
- II. Comercializar, oferecer, transportar ou distribuir qualquer tipo de produto (inclusive propaganda) aos pacientes ou acompanhantes ou quaisquer pessoas durante o horário de trabalho.

7.2- Do Motorista

São atribuições do Motorista do Transporte Sanitário Eletivo:

- I. Conduzir o veículo com segurança e eficiência respeitando todas as Leis e Regras de trânsito, evitando o tráfego em locais de difícil acesso ou suscetíveis à enchente ou qualquer outra ocorrência que prejudique a segurança dos usuários e veículo;
- II. Seguir rigorosamente o Roteiro de Viagem, observando os horários de embarque e desembarque de cada paciente, devendo comunicar imediatamente ao responsável pelo Controle Operacional qualquer ocorrência que possa dificultar e/ou impedir o seu cumprimento;

7.2.1- É vedado aos Motoristas:

- I. Permitir que algum passageiro seja transportado sem o cinto de segurança;
- II. Transportar acompanhante que não esteja apontado na ficha do paciente;
- III. Transportar paciente com mais de 1 (um) responsável/acompanhante;
- IV. Transportar qualquer volume que não tenha correlação com o tratamento do paciente e que os usuários queiram levar, mas não podem carregar por conta própria durante a viagem, cujo tamanho ou peso exceda o limite razoável para “bagagem de mão”.
- V. Receber documentos do paciente a fim de intermediar seu envio ao Transporte Sanitário Eletivo, caso isso ocorra, o mesmo deverá orientá-lo a procurar o setor competente para aquele assunto;
- VI. Fazer qualquer tipo de transporte, tanto de passageiros como de volumes que não conste na Ordem de Serviço e/ou Roteiro de Viagem.

- 1- Deveres dos usuários durante o uso do Transporte Sanitário Eletivo;
 - I. Conhecer e cumprir as regras desta Instrução Normativa;
 - II. Quando se tratar de paciente de maca, disponibilizar pessoas em sua residência aptas a transportá-lo até a maca da ambulância e vice-versa.
 - III. Manter bom relacionamento com a equipe do Transporte Sanitário Eletivo;
 - IV. Durante a viagem:
 - a) Usar sempre o cinto de segurança, mantendo-o afivelado;
 - b) Falar com o motorista somente o indispensável;
 - c) Portar-se de maneira adequada, sendo vedado: fumar ou ingerir bebida alcoólica, sujar o interior do veículo principalmente com restos de alimentos e comercializar produtos dentro do veículo.

8. OBSERVAÇÕES SOBRE O TRANSLADO.

O TFD autorizado procederá com o translado desde a residência do paciente somente àqueles que estiverem acamados, e/ou cadeirantes.

Os pacientes que deambulam com ou sem qualquer outro equipamento como muletas ou andadores, acessarão o translado nos pontos de partida estipulados pelo setor de cadastro e agendamento de transporte, sendo eles: a sede da Secretaria Municipal da Saúde, sito à Rua Cândido Mota nº 48, Vila Central; Terminal Rodoviário de Assis, sito à Avenida Getúlio Vargas s/n, Vila Nova Santana e URS- PA do Maria Izabel sito à Rua Pedro Álvares Cabral nº 444, Vila Maria Izabel, conforme horário anunciado de partida, onde também se encerrarão as atividades do translado no retorno.

ANEXO I - Formulário de Solicitação de Transporte Sanitário Eletivo-TFD.

Solicitação de Transporte Sanitário Eletivo- TFD

| | | | |
|--|-------|----------------------------------|--|
| Unidade Solicitante: | | Solicitante (prescritor): | |
| Data do Transporte: | | Horário de atendimento no local: | |
| Motivo do transporte: <input type="checkbox"/> 1ª Consulta. <input type="checkbox"/> Retorno. Especialidade: _____ <input type="checkbox"/> Exames- especificar: _____ <input type="checkbox"/> Quimioterapia- <input type="checkbox"/> sessões. <input type="checkbox"/> Radioterapia- <input type="checkbox"/> sessões. <input type="checkbox"/> Outros- especificar: _____ | | | |
| Nome do Paciente: | | | |
| Idade: | Peso: | Telefone: | |
| Endereço do paciente: | | | |
| Ponto de referência: | | | |
| Condição de moradia: <input type="checkbox"/> apartamento <input type="checkbox"/> casa Acesso: <input type="checkbox"/> Rampa <input type="checkbox"/> Escada <input type="checkbox"/> Piso plano <input type="checkbox"/> Elevador | | | |
| Condição física: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Não deambula <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeirante <input type="checkbox"/> Traqueostomizado <input type="checkbox"/> Uso de Oxigênio Contínuo <input type="checkbox"/> Portador de MI especificar: _____ | | | |
| Necessita de Acompanhante: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Nome do acompanhante: | | | |
| Cuidado especial: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual? | | | |
| Data do atendimento: | | Local do atendimento: | |
| Setor: | | | |
| Necessidade de retorno: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | | |
| Observações: | | | |
| Tipo de Veículo indicado: | | | |

ANEXO II- Termo de Compromisso do Transporte Sanitário Eletivo

TERMO DE COMPROMISSO DO TRANSPORTE SANITÁRIO- TFD.

Visando a efetividade do Transporte Sanitário Eletivo do Município de Assis, para fins de Tratamento Fora do Domicílio, declaro estar ciente e cumprir as seguintes orientações:

1. O horário para o início do transporte deverá ser cumprido, onde me comprometo a estar pronto no local combinado pelo menos cinco minutos de antecedência;
2. O motorista do Transporte Sanitário está autorizado a aguardar até cinco minutos, caso ocorra atraso maior do que o limite estabelecido, exceto durante o retorno, em ocasiões atípicas que apresentem correlação com o estado geral do paciente;
3. O motorista deixará o paciente exatamente no local onde o mesmo será atendido;
4. Em hipótese alguma será autorizada parada ou mudança de trajeto a fim de pegar remédio, resultados de exames ou outros para outros fins do qual desviem o itinerário programado;
5. No caso de não utilização do retorno devido (internamento, ir embora antecipadamente ou qualquer outro motivo), estarei comunicando pelos telefones: _____ o mais breve possível, para as devidas organizações;
6. Caso apresentar dificuldade de locomoção, um único acompanhante deverá vir junto, auxiliando para entrada/saída do veículo.
7. Tenho ciência de que este é um transporte coletivo e não individual;
8. Em caso de mudança de dia/ horário de atendimento, eu me responsabilizarei em avisar o Transporte Sanitário Eletivo a fim de ceder minha vaga com antecedência mínima de 1 (um) dia útil da data agendada;

Eu _____
portador do RG: _____, declaro estar ciente das instruções contidas nesta Instrução Normativa assim como das orientações deste Termo de Compromisso, para melhor prestação deste serviço.

Assis, ____ / ____ / ____ Assinatura: _____

ANEXO III- Formulário de Sugestões/ Reclamações



Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura de Assis

FORMULÁRIO DE SUGESTÕES/ RECLAMAÇÕES

| | | |
|------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| NOME: | | |
| IDADE: | TELEFONE: | email: |
| ENDEREÇO: | | BAIRRO: |
| <input type="checkbox"/> SUGESTÕES | <input type="checkbox"/> ELOGIO | <input type="checkbox"/> RECLAMAÇÃO |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

DATA: ____ / ____ / ____ ASSINATURA: _____

A IDENTIFICAÇÃO NÃO É OBRIGATÓRIA
CONTAMOS COM A SUA COLABORAÇÃO, POIS SUA OPINIÃO É EXTREMAMENTE IMPORTANTE PARA UM MELHOR ATENDIMENTO.