



PREFEITURA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE PARAGUAÇU PAULISTA

OFÍCIO Nº 0901/2025-GAP

Resposta do Executivo 391/2025

Protocolo 42597 Envio em 04/12/2025 12:39:36

A Sua Excelência o Senhor
Fábio Fernando Siqueira dos Santos
Presidente da Câmara Municipal
Rua Guerino Mateus, 205, Jardim Paulista
19703-060 Paraguaçu Paulista-SP

Assunto: Requerimento nº 423/2025-SO, de autoria do Vereador Daniel Rodrigues Faustino.

Referência: Caso responda este Ofício, indicar expressamente o Processo nº 3535507.414.00010536/2025-14

Senhor Presidente:

Em atenção ao requerimento supracitado, que solicita informações referentes à regularização, execução e transparéncia do Programa de Tratamento Fora do Domicílio (TFD) no município, segue em anexo o Ofício nº 564/2025, com informações do Secretário Municipal de Saúde.

Certos da atenção de Vossa Excelência, apresentamos nossos protestos de alta estima e distinta consideração.

Paraguaçu Paulista, na data da assinatura digital.

ANTONIO TAKASHI SASADA (ANTIAN)

Prefeito

Referência: Processo nº 3535507.414.00010536/2025-14

SEI nº 0119551



PREFEITURA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE PARAGUAÇU PAULISTA

OFÍCIO N° 564/2025- SMS

Ao Senhor

Antônio Takashi Sasada "ANTIAN"

Prefeito

Prefeitura Municipal de Paraguaçu Paulista

Avenida Siqueira Campos, 1430 / Paraguaçu Paulista

Assunto: Resposta ao Requerimento de Sessão 423/2025.

Vimos por meio deste, responder ao Requerimento de Sessão 423/2025 do Vereador Daniel Rodrigues Faustino, conforme segue::

1) Não, o município segue a normatização federal - Portaria/SAS/Nº 055 de 24 de fevereiro de 1999.

2) O indeferimento não é registrado.

Tipo	Quantidade
08.03.01.012-5 Unidade de Remuneração P/Deslocamento de paciente por transporte terrestre (Cada 50 KM) - Combustível	13
08.03.01.002-8 Ajuda de custo para alimentação de paciente sem pernoite	07
08.03.01.001-0 Ajuda de custo para alimentação e pernoite de paciente	01

3) Qualquer paciente que solicite a ajuda de custo e apresente o agendamento do tratamento em referência SUS, cujo município esteja a mais de 50km de Paraguaçu Paulista – Em anexo a Portaria.

4) Sim, é utilizado recurso do tesouro. A dotação orçamentária prevista é determinada considerando histórico dos exercícios anteriores, para o exercício 2025 é R\$ 50.000,00.

5) O paciente apresenta o agendamento em referência SUS, cópia do CPF do paciente e acompanhante, dados bancários do responsável pelo paciente, enviamos uma solicitação para Contabilidade da Prefeitura para realizarem o empenho.

Não existe um formulário padrão.

6) Situação(1) Paciente é orientado a colocar no cupom fiscal ou Nota fiscal da despesa o número do CPF do responsável pelos dados bancários, nos casos de alimentação só é permitido alimentos ou seja não deve conter outros produtos que não seja alimento.

Situação(2) Na nota fiscal de alimentação e Pernoite, deve conter a data da hospedagem e os nomes do paciente e acompanhante.

Situação(3) No caso do combustível, deve constar no cupom fiscal o CPF do responsável pelos dados bancários e a data do abastecimento deve ser no mesmo dia da consulta/tratamento ou no dia anterior, justificada pelo horário de saída do paciente para viagem.

7) Não.

8) A dificuldade apresentada pelo paciente é o baixo valor disponibilizado (R\$ 8,40 por pessoa para alimentação sem pernoite)(R\$ 24,75 por pessoa para alimentação e pernoite) (R\$ 4,95 a cada 50 km – por pessoa).

9) Não, seguimos a normatização federal - Portaria/SAS/Nº 055 de 24 de fevereiro de 1999.

10) No momento não.

Atenciosamente.

Paraguaçu Paulista, na data da assinatura digital.

EGYDIO TONINI NOGUEIRA NETO
Secretario Municipal de Saúde



Documento assinado eletronicamente por **Egydio Tonini Nogueira Neto, Secretário Municipal**, em 27/11/2025, às 10:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no [Decreto Estadual nº 67.641, de 10 de abril de 2023](#) e [Decreto Municipal de regulamentação do processo eletrônico](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://cidades.sei.sp.gov.br/marilia/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0120150** e o código CRC **6799D35B**.

Referência: Processo nº 3535507.414.00010504/2025-19

SEI nº 0120150



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.

§ 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:

TABELA DE SERVIÇO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
--------	-----------

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.

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

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

SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS

[Download](#) | [Fale Conosco](#) | [Sair](#)

Usuário: publico

Procedimento

Procedimento: 08.03.01.010-9 - UNIDADE DE REMUNERACAO P/DESLOCAMENTO DE ACOMPANHANTE POR TRANSPORTE TERRESTRE (CADA 50 KM DE DISTANCIA)

Grupo: 08 - Ações complementares da atenção à saúde
 Sub-Grupo: 03 - Autorização / Regulação
 Forma de Organização: 01 - Deslocamento/Ajuda de custo

Competência: 08/2015 [Histórico de alterações](#)

Modalidade de Atendimento: Ambulatorial
 Complexidade: Não se Aplica
 Tipo de Financiamento: Média e Alta Complexidade (MAC)
 Sub-Tipo de Financiamento:
 Instrumento de Registro: BPA (Individualizado)
 Sexo: Ambos
 Média de Permanência:
 Tempo de Permanência:
 Quantidade Máxima:
 Idade Mínima: 18 anos
 Idade Máxima: 80 anos
 Pontos:
 Atributos Complementares:

Valores

Serviço Ambulatorial: R\$ 4,95	Serviço Hospitalar: R\$ 0,00
Total Ambulatorial: R\$ 4,95	Serviço Profissional: R\$ 0,00
Total Hospitalar: R\$ 0,00	

Descrição	CID	CBO	Leito	Serviço Classificação	Habilitação	Redes	Origem	Regra Condicionada	Renases	TUSS
-----------	-----	-----	-------	-----------------------	-------------	-------	--------	--------------------	---------	------

Descrição

REFERE-SE AO DESLOCAMENTO DO ACOMPANHANTE COM FINALIDADE DE ACOMPANHAR O PACIENTE EM TRATAMENTO ESPECIALIZADO, FORA DO DOMICILIO, EM CONFORMIDADE COM NORMALIZACAO VIGENTE.



SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS

[Download](#) | [Fale Conosco](#) | [Sair](#)

Usuário: publico

Procedimento

Procedimento: 08.03.01.004-4 - AJUDA DE CUSTO P/ ALIMENTACAO/PERNOITE DE ACOMPANHANTE

Grupo: 08 - Ações complementares da atenção à saúde
 Sub-Grupo: 03 - Autorização / Regulação
 Forma de Organização: 01 - Deslocamento/Ajuda de custo

Competência: 08/2015 [Histórico de alterações](#)

Modalidade de Atendimento: Ambulatorial
 Complexidade: Não se Aplica
 Tipo de Financiamento: Média e Alta Complexidade (MAC)
 Sub-Tipo de Financiamento:
 Instrumento de Registro: BPA (Individualizado)
 Sexo: Ambos
 Média de Permanência:
 Tempo de Permanência:
 Quantidade Máxima:
 Idade Mínima: 18 anos
 Idade Máxima: 80 anos
 Pontos:
 Atributos Complementares:

Valores

Serviço Ambulatorial: R\$ 24,75	Serviço Hospitalar: R\$ 0,00
Total Ambulatorial: R\$ 24,75	Serviço Profissional: R\$ 0,00
Total Hospitalar: R\$ 0,00	

Descrição	CID	CBO	Leito	Serviço Classificação	Habilitação	Redes	Origem	Regra Condicionada	Renases	TUSS
-----------	-----	-----	-------	-----------------------	-------------	-------	--------	--------------------	---------	------

Descrição

A AJUDA DE CUSTO PARA ALIMENTACAO E DESTINADA AO ACOMPANHANTE, DURANTE O PERÍODO DE DESLOCAMENTO EM QUE ACOMPANHA O PACIENTE PARA TRATAMENTO ESPECIALIZADO, FORA DE SEU DOMICILIO, EM CONFORMIDADE COM AS NORMALIZACOES VIGENTES.



SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS

[Download](#) | [Fale Conosco](#) | [Sair](#)

Usuário: publico

Procedimento

Procedimento: 08.03.01.012-5 - UNIDADE DE REMUNERACAO P/DESLOCAMENTO DE PACIENTE POR TRANSPORTE TERRESTRE (CADA 50 KM)

Grupo: 08 - Ações complementares da atenção à saúde
 Sub-Grupo: 03 - Autorização / Regulação
 Forma de Organização: 01 - Deslocamento/Ajuda de custo

Competência: 08/2015 [Histórico de alterações](#)

Modalidade de Atendimento: Ambulatorial
 Complexidade: Não se Aplica
 Tipo de Financiamento: Média e Alta Complexidade (MAC)
 Sub-Tipo de Financiamento:
 Instrumento de Registro: BPA (Individualizado)
 Sexo: Ambos
 Média de Permanência:
 Tempo de Permanência:
 Quantidade Máxima:
 Idade Mínima: 0 meses
 Idade Máxima: 130 anos
 Pontos:
 Atributos Complementares:

Valores

Serviço Ambulatorial: R\$ 4,95	Serviço Hospitalar: R\$ 0,00
Total Ambulatorial: R\$ 4,95	Serviço Profissional: R\$ 0,00
Total Hospitalar: R\$ 0,00	

Descrição	CID	CBO	Leito	Serviço Classificação	Habilitação	Redes	Origem	Regra Condicionada	Renases	TUSS
-----------	-----	-----	-------	-----------------------	-------------	-------	--------	--------------------	---------	------

Descrição

REFERE-SE AO DESLOCAMENTO DO PACIENTE COM FINALIDADE DE TRATAMENTO ESPECIALIZADO, FORA DO DOMICÍLIO, EM CONFORMIDADE COM NORMALIZAÇÃO VIGENTE.



SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS

[Download](#) | [Fale Conosco](#) | [Sair](#)

Usuário: publico

Procedimento

Procedimento: 08.03.01.001-0 - AJUDA DE CUSTO P/ ALIMENTACAO/PERNOITE DE PACIENTE

Grupo: 08 - Ações complementares da atenção à saúde
Sub-Grupo: 03 - Autorização / Regulação
Forma de Organização: 01 - Deslocamento/Auxílio de custo

Competência: 08/2015 [Histórico de alterações](#)

Modalidade de Atendimento:	Ambulatorial
Complexidade:	Não se Aplica
Tipo de Financiamento:	Média e Alta Complexidade (MAC)
Sub-Tipo de Financiamento:	
Instrumento de Registro:	BPA (Individualizado)
Sexo:	Ambos
Média de Permanência:	
Tempo de Permanência:	
Quantidade Máxima:	
Idade Mínima:	0 meses
Idade Máxima:	130 anos
Pontos:	
Atributos Complementares:	

Valores

Descrição	CID	CBO	Leito	Serviço Classificação	Habilitação	Redes	Origem	Regra Condicionada	Renases	TUSS
-----------	-----	-----	-------	-----------------------	-------------	-------	--------	--------------------	---------	------

- Descrição -

A AJUDA DE CUSTO PARA ALIMENTACAO/PERNOITE DESTINADA AO PACIENTE DURANTE O PERIODO DE DESLOCAMENTO PARA TRATAMENTO ESPECIALIZADO, FORA DO DOMICILIO, EM CONFORMIDADE COM A LEGISLACAO VIGENTE.



SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS

[Download](#) | [Fale Conosco](#) | [Sair](#)

Usuário: publico

Procedimento

Procedimento: 08.03.01.005-2 - AJUDA DE CUSTO P/ALIMENTACAO DE ACOMPANHANTE S/PERNOITE

Grupo: 08 - Ações complementares da atenção à saúde
 Sub-Grupo: 03 - Autorização / Regulação
 Forma de Organização: 01 - Deslocamento/Ajuda de custo

Competência: 11/2015 [Histórico de alterações](#)

Modalidade de Atendimento: Ambulatorial
 Complexidade: Não se Aplica
 Tipo de Financiamento: Média e Alta Complexidade (MAC)
 Sub-Tipo de Financiamento:
 Instrumento de Registro: BPA (Individualizado)
 Sexo: Ambos
 Média de Permanência:
 Tempo de Permanência:
 Quantidade Máxima:
 Idade Mínima: 18 anos
 Idade Máxima: 80 anos
 Pontos:
 Atributos Complementares:

Valores

Serviço Ambulatorial: R\$ 8,40	Serviço Hospitalar: R\$ 0,00
Total Ambulatorial: R\$ 8,40	Serviço Profissional: R\$ 0,00
Total Hospitalar: R\$ 0,00	

Descrição	CID	CBO	Leito	Serviço Classificação	Habilitação	Redes	Origem	Regra Condicionada	Renases	TUSS
-----------	-----	-----	-------	-----------------------	-------------	-------	--------	--------------------	---------	------

Descrição

A AJUDA DE CUSTO PARA ALIMENTACAO E DESTINADA AO ACOMPANHANTE, DURANTE O PERÍODO DE DESLOCAMENTO EM QUE ACOMPANHA O PACIENTE PARA TRATAMENTO ESPECIALIZADO, FORA DE SEU DOMICILIO, EM CONFORMIDADE COM AS NORMALIZACOES VIGENTES.



SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS

[Download](#) | [Fale Conosco](#) | [Sair](#)

Usuário: publico

Procedimento

Procedimento: 08.03.01.002-8 - AJUDA DE CUSTO P/ ALIMENTACAO DE PACIENTE S/PERNOITE

Grupo: 08 - Ações complementares da atenção à saúde
 Sub-Grupo: 03 - Autorização / Regulação
 Forma de Organização: 01 - Deslocamento/Ajuda de custo

Competência: 11/2015 [Histórico de alterações](#)

Modalidade de Atendimento: Ambulatorial
 Complexidade: Não se Aplica
 Tipo de Financiamento: Média e Alta Complexidade (MAC)
 Sub-Tipo de Financiamento:
 Instrumento de Registro: BPA (Individualizado)
 Sexo: Ambos
 Média de Permanência:
 Tempo de Permanência:
 Quantidade Máxima:
 Idade Mínima: 0 meses
 Idade Máxima: 130 anos
 Pontos:
 Atributos Complementares:

Valores

Serviço Ambulatorial: R\$ 8,40	Serviço Hospitalar: R\$ 0,00
Total Ambulatorial: R\$ 8,40	Serviço Profissional: R\$ 0,00
Total Hospitalar: R\$ 0,00	

Descrição	CID	CBO	Leito	Serviço Classificação	Habilitação	Redes	Origem	Regra Condicionada	Renases	TUSS
-----------	-----	-----	-------	-----------------------	-------------	-------	--------	--------------------	---------	------

Descrição

A AJUDA DE CUSTO PARA ALIMENTACAO E DESTINADA AO PACIENTE, DURANTE O PERÍODO DE DESLOCAMENTO PARA TRATAMENTO ESPECIALIZADO, FORA DE SEU DOMICÍLIO, EM CONFORMIDADE COM A NORMALIZAÇÃO VIGENTE.



