



LEI MUNICIPAL Nº 1294 DE 25 DE MAIO DE 2022

PUBLICAÇÃO	
Data	25 / 05 / 22
Local:	Duque de Brissos
Ass:	[Assinatura]
Nome:	Bianca Das Roque

INSTITUI E REGULAMENTA A CONCESSÃO DE AUXÍLIO PARA O TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS. DE AUTORIA DO VEREADOR DARCI BARRETO DOS SANTOS.

O Povo do Município de Baldim, por seus representantes na Câmara Municipal, aprovam, e eu, Prefeito Municipal sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º- O Município de Baldim, Estado de Minas Gerais, por esta lei, regulamenta a concessão de Auxílio para o custeio de despesas de viagens em tratamento de saúde fora do domicílio (TFD), vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS).

§1º- Por Tratamento de Fora de Domicílio (TFD), entendem-se despesas decorrentes do deslocamento de pacientes e de seu acompanhante, quando houver necessidade justificada, para a realização de consultas, exames ou tratamentos de saúde ainda não disponibilizados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito do município de Baldim.

§ 2º- O Auxílio TFD será concedido, exclusivamente, a pacientes atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) através da rede pública ou conveniada/contratada.

§ 3º- O auxílio TFD será autorizado mediante aprovação por Comissão Especial de Análise, composta por servidores público, instituída para este fim, e cuja composição deverá conter, dentre outros, um profissional médico e um profissional assistente social.

Art.2º- Fica autorizado ao município de Baldim utilizar os veículos da Secretaria Municipal de Saúde para o transporte de pacientes para Tratamento Fora do Domicílio-TFD em cidades com o percurso considerado em linha reta com distância a partir de 35 KM .

§ Único- O pagamento das despesas relativas ao Tratamento Fora do Domicílio como locação de transporte e aquisição de passagens terrestre só será permitido quando esgotados todos os meios de tratamento no próprio município e meios de transportes da Secretaria Municipal de Saúde.



PREFEITURA MUNICIPAL DE BALDIM
ESTADO DE MINAS GERAIS
18.116.129/0001-25
Uma Nova Cidade Para Todos!



Art. 3º - A responsabilidade pelo custeio do TFD:

I - A responsabilidade pelo pagamento de despesas com deslocamentos interestadual ou intermunicipal será, via de regra, atribuído à Secretaria Municipal de Saúde, devendo ser autorizadas de acordo com a disponibilidade orçamentária do município.

Art. 5º- O auxílio transporte terrestre estabelecido por esta Lei somente poderá ser concedido a pacientes que:

I – apresentarem patologias cujas necessidades diagnosticadas e/ou terapêuticas não sejam oferecidas naquele momento no Município de Baldim;

II – prioritariamente necessitem de tratamentos que sejam essenciais para sua sobrevivência e/ou cura, cuja necessidade seja comprovada mediante laudo e/ou relatório médico detalhado.

Art. 6 - Para garantia do atendimento previsto nesta Lei, o paciente ou seu responsável deverá apresentar à Secretaria Municipal de Saúde, com antecedência mínima de cinco dias úteis, ressalvadas situações de urgência:

I – laudo médico com indicação de tratamento fora de domicílio – TFD, no qual deverá constar a situação clínica do paciente, bem como a necessidade deste de realizar tratamento em serviço fora do local de residência e a indicação da necessidade ou não de acompanhante;

II – preencher o formulário de solicitação do auxílio constante do **ANEXO I**, a ser ofertado pela Secretaria Municipal de Saúde.

Art. 7º- Somente será prestado auxílio ao paciente e acompanhante para tratamento fora do domicílio com recomendação e justificativa médica, após a triagem de cada caso pela Comissão Especial de Análise, composta por servidores público, instituída para este fim, e cuja composição deverá conter, dentre outros, um profissional médico e um profissional assistente social.

Art. 8º- Para consecução dos objetivos delineados por esta Lei, o Município poderá executar diretamente os serviços de deslocamento de usuários utilizando veículos próprios da referida Secretaria, adquirir passagens de transporte coletivo intermunicipal ou contratar a prestação de serviços de transporte habituais ou esporádicos, observada a Lei de Licitações e demais normas pertinentes.

Art. 9º- O Município, através da Secretaria Municipal de Saúde manterá controle e registro dos deslocamentos de usuários para TFD, objetivando a fiscalização do Conselho Municipal de Saúde e demais órgãos de controle interno e externo.

Art 10º- Pacientes idosos terão direito a 01 (um) acompanhante, em conformidade com o parágrafo único do art. 16 da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 – Estatuto do Idoso.



PREFEITURA MUNICIPAL DE BALDIM
ESTADO DE MINAS GERAIS
18.116.129/0001-25
Uma Nova Cidade Para Todos!



Art.11º- Demais normas necessárias ao cumprimento da presente Lei serão regulamentadas no prazo de trinta dias após a publicação desta Lei pelo Poder Executivo Municipal.

Art. 12º- Esta lei entra em vigor na data da sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Prefeitura Municipal de Baldim, 25 de maio de 2022.

Fabício Andrade Magalhães

Fabício Andrade Magalhães
PREFEITO MUNICIPAL

ANEXO I
SOLICITAÇÃO DE AUXÍLIO PARA TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO – TFD

MUNICÍPIO DE ORIGEM: _____

REGIONAL DE SAÚDE: _____

Nº DE INSCRIÇÃO DO PACIENTE: _____

PEDIDO Nº _____

DATA: _____

Nome Paciente: _____

Nome da Mãe: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Idade: _____

Município de _____ UF _____

Sexo Masculino _____ Feminino _____

Altura: _____ (centímetros) Peso: _____ (gramas)

Endereço: _____

Nº _____ Bairro _____

Município: _____ Complemento: _____

CEP: _____ UF: _____

Telefone Fixo: _____ Telefone Celular: _____

Identidade: _____ Órgão Emissor: _____ UF: _____

Data da Expedição: ____/____/____

CPF: _____

Certidão de Nascimento: (Anexar Cópia)

PACIENTE:

() 1º ATENDIMENTO FORA DO DOMICÍLIO

() EM TRATAMENTO (Anexar comprovantes)

TFD / JUSTIFICATIVA:

Secretaria Municipal de Saúde

PARECER DA COMISSÃO:

NEGADO ()

AUTORIZADO ()

INCONCLUSIVO ()

REAVLIAÇÃO DE LAUDO INCONCLUSIVO

JUSTIFICATIVA: _____

SITUAÇÃO DO LAUDO:

NEGADO ()

AUTORIZADO ()

INCONCLUSIVO ()

PROCEDIMENTO AUTORIZADO: () SIM () NÃO

DESTINO: _____

MOTIVO: _____

DATA DA AUTORIZAÇÃO ____/____/____

MÉDICO AUTORIZADOR
(ASSINATURA / CARIMBO) CRM