



LEI Nº 115, DE 12 DE ABRIL DE 2021.

Institui e regulamenta a concessão de auxílio para Tratamento Fora do Domicílio no Município de Campestre do Maranhão e dá outras providências.

O **PREFEITO MUNICIPAL DE CAMPESTRE DO MARANHÃO**, Estado do Maranhão, no uso de suas atribuições legais, faço saber que a Câmara Municipal aprova e eu sanciono a seguinte lei:

Art. 1º Fica instituído o auxílio financeiro para Tratamento Fora do Domicílio (TFD) no Município de Campestre do Maranhão, destinado ao custeio das despesas decorrentes do deslocamento do usuário do SUS a outro Município de Referência para tratamento adequado, quando este não for disponibilizado pelo Município.

§ 1º O auxílio financeiro (TFD) somente poderá ser concedido aos munícipes residentes e domiciliados em Campestre do Maranhão, desde que a renda per capita familiar não exceda a 70% (setenta) por cento do salário mínimo vigente e haja comprovação de domicílio no Município.

§ 2º As despesas custeadas pelo TFD decorrentes do deslocamento para o tratamento de saúde em outro Município compreendem aquelas com transporte, hospedagem e alimentação.

§ 3º O pagamento das despesas relativa ao TFD somente será autorizado quando esgotados os meios de tratamento no próprio Município.

§ 4º As despesas com o TFD serão custeadas de acordo com a disponibilidade orçamentária e financeira do Município.

Art. 2º O processo para solicitação de Tratamento Fora do Domicílio - TFD, será iniciado mediante laudo médico e requisição, encaminhados à Secretaria Municipal de Saúde, com até 15 (quinze) dias de antecedência da data prevista para o atendimento, detalhando o problema de saúde do paciente e a indicação do serviço, se de alta ou média complexidade, para encaminhamento ao Município de Referência.



§ 1º O laudo e a requisição de que tratam o *caput* deste artigo serão emitidos por profissional médico integrante do SUS, onde o paciente foi primeiramente atendido, devendo ser preenchidos em 02 (duas) vias, em letra de forma legível, atestando a necessidade do paciente em utilizar o referido processo de tratamento não disponibilizado no Município.

§ 2º O laudo e a requisição serão analisados por Comissão designada pela Secretaria Municipal de Saúde que, se necessário, poderá solicitar exames e/ou documentos que complementem a análise dos casos.

Art. 3º O requerente deverá instruir o processo de TFD com os seguintes documentos, em 2 vias:

I – laudo médico;

II – solicitação de transporte/encaminhamento do hospital;

III – cópia do documento de identidade (RG) e CPF do paciente e do acompanhante;

IV - cartão do SUS do paciente;

V – dados bancários;

VI – comprovante de residência.

Art. 4º Para efeito da garantia de transporte e hospedagem para o acompanhante do paciente, o médico deverá justificar a necessidade de acompanhamento no formulário próprio de TFD, esclarecendo o porquê da impossibilidade do paciente se deslocar desacompanhado.

§ 1º Será autorizado apenas 1 (um) acompanhante maior de 18 (dezoito) anos, capacitado física e mentalmente, parente ou responsável legal pelo paciente.

§ 2º Para menores de 18 anos será considerado 01 (um) acompanhante (pai ou mãe), exceto em casos de lactentes menores de 01 (um) ano em que a mãe seja deficiente física ou mental, com incapacidade de expressão ou compreensão, situação em que será considerada a liberação de um segundo acompanhante, pai ou pessoa a ser indicada.

§ 3º Casos omissos serão avaliados pela Secretaria Municipal de Saúde.



Art. 5º O Tratamento Fora do Domicílio somente será autorizado quando houver garantia de atendimento no Município de referência, com horários e datas pré-definidos.

Art. 6º É vedado o pagamento de diárias aos pacientes que permaneçam hospitalizados no município de referência.

Parágrafo único. Quando o paciente e/ou acompanhante retornar ao Município no mesmo dia, serão custeadas apenas despesas de transporte e alimentação.

Art. 7º Concluído o tratamento, o paciente e acompanhante retornarão ao Município de origem, de imediato, protocolando declaração de comparecimento e demais documentos solicitados pela Secretaria Municipal de Saúde para instrução do processo de pagamento da despesa.

Art. 8º Somente serão autorizados os procedimentos previstos no anexo I desta Lei.

Art. 9º O pagamento do TFD será efetuado em nome do paciente ou do seu representante legal.

Art. 10. A Secretaria Municipal de Saúde deverá controlar e arquivar os registros dos deslocamentos dos usuários que utilizem o TFD, a fim de possibilitar a fiscalização da aplicação dos recursos.

Art. 11. O Poder Executivo poderá regulamentar a presente Lei no que for necessário, para o atendimento das peculiaridades relacionadas à gestão e controle dos gastos.

Art. 12. As despesas resultantes da execução da presente Lei correrão por conta das dotações orçamentárias próprias do Executivo, consignadas no orçamento vigente, suplementadas, se necessário.

Art. 13. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Campestre do Maranhão – MA, 12 de abril de 2021.

FERNANDO OLIVEIRA DA SILVA
FERNANDO OLIVEIRA DA SILVA
Prefeito Municipal



ANEXO I

TABELA DE PROCEDIMENTOS E VALORES

Tratamento Fora do Domicilio- TFD de viagem terrestre (NORMAL) entre CAMPESTRE/SÃO LUIS e SÃO LUIS/CAMPESTRE

PACIENTE	R\$	R\$	R\$
PASSAGEM (NORMAL)	130,00 ida	130,00 volta	260,00
HOSPEDAGEM	60,00	-	60,00
ALIMENTAÇÃO	30,00	-	30,00
			TOTAL: R\$ 350,00

Tabela de Tratamento Fora do Domicilio- TFD de viagem terrestre (NORMAL) entre CAMPESTRE/SÃO LUIS e SÃO LUIS/CAMPESTRE

ACOMPANHANTE	R\$	R\$	R\$
PASSAGEM (NORMAL)	130,00 ida	130,00 volta	260,00
HOSPEDAGEM	60,00	-	60,00
ALIMENTAÇÃO	30,00	-	30,00
			TOTAL: R\$ 350,00

Tabela de Tratamento Fora do Domicilio- TFD de viagem terrestre (LEITO) entre CAMPESTRE/SÃO LUIS e SÃO LUIS/CAMPESTRE

PACIENTE	R\$	R\$	R\$
PASSAGEM (LEITO)	160,00 ida	160,00 volta	320,00
HOSPEDAGEM	60,00	-	60,00
ALIMENTAÇÃO	30,00	-	30,00
			TOTAL: R\$ 410,00

Tabela de Tratamento Fora do Domicilio- TFD de viagem terrestre (LEITO) CAMPESTRE/SÃO LUIS e SÃO LUIS/CAMPESTRE

ACOMPANHANTE	R\$	R\$	R\$
PASSAGEM (LEITO)	160,00 ida	160,00 volta	320,00
HOSPEDAGEM	60,00	-	60,00
ALIMENTAÇÃO	30,00	-	30,00
			TOTAL: R\$ 410,00



**Tabela de Tratamento Fora do Domicilio- TFD de viagem terrestre (LEITO)
CAMPESTRE/IMPERATRIZ e IMPERATRIZ/CAMPESTRE**

PACIENTE	R\$	R\$	R\$
PASSAGEM	18,00 ida	18,00 volta	36,00
ALIMENTAÇÃO	14,00		14,00
			TOTAL: R\$ 50,00

**Tabela de Tratamento Fora do Domicilio- TFD de viagem CAMPESTRE/IMPERATRIZ
e IMPERATRIZ/CAMPESTRE**

ACOMPANHANTE	R\$	R\$	R\$
PASSAGEM	18,00 ida	18,00 volta	36,00
ALIMENTAÇÃO	14,00		14,00
			TOTAL: R\$ 50,00



ANEXO II

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaramos para os devidos fins que o paciente _____, idade _____, portador de RG N° _____, compareceu para consulta com (citar especialidade médica) _____, no dia ____/____/____, as ____:____h, no Hospital _____, na cidade de _____.

Por ser verdade, assino.

Carimbo e Assinatura do Médico