



LEI MUNICIPAL Nº. 575/2022, de 17 de agosto de 2022.

Proveniente do PL. Nº. 615, de 02/06/2022

Manuscrito publicado na data
de 17/08/2022 por afixação nos
termos do Art. 1º Capítulo I, das
disposições transitórias da Lei
Orgânica Municipal.

Regulamenta a concessão do auxílio para Tratamento Fora do Domicílio – TFD – em Municípios mineiros e de outros estados, sob responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde de São João das Missões/MG, e dá outras providências.

A CÂMARA MUNICIPAL DE VEREADORES DE SÃO JOÃO DAS MISSÕES/MG, aprovou, e o Prefeito Municipal, no uso de suas atribuições legais conferidas pela Lei Orgânica Municipal em seu art. 92, inciso VII, sanciona a seguinte Lei:

Art. 1º - O Tratamento Fora do Domicílio – TFD - é o instrumento legal que visa garantir, pelo Sistema Único de Saúde – SUS, o tratamento de média e alta complexidade a pacientes portadores de doenças não tratáveis no Município de **São João das Missões/MG**.

Art. 2º - As despesas relativas ao deslocamento de usuários do Sistema Único de Saúde – SUS do Município de **São João das Missões/MG** para Tratamento Fora de Domicílio – TFD, em Minas Gerais ou em outros estados, quando esgotado todos os meios de tratamento no próprio Município, procederá segundo ao que determina a Portaria da Secretaria de Assistência à Saúde - SAS n. 055, de 24 de fevereiro de 1999.

Art. 3º - O benefício de que trata a presente Lei, somente será deferido ao paciente usuário do Sistema Único de Saúde – SUS do Município de **São João das Missões/MG**, bem como ao acompanhante, nas hipóteses e condições previstas nesta Lei, na Portaria/SAS n. 055, de 24 de fevereiro de 1999 e legislação correlata.

PARÁGRAFO ÚNICO - Consideram-se usuários do Sistema Único de Saúde – SUS municipal os pacientes residentes no Município de **São João das Missões/MG**, atendidos na rede pública, ambulatorial e hospitalar, conveniada ou contratada do SUS que necessitam de Tratamento Fora de Domicílio - TFD, de conformidade com os princípios da universalidade e integralidade do atendimento estabelecido na Carta Magna vigente.

CAPÍTULO I DO PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP

Art. 4º - A solicitação de TFD deverá ser feita pelo médico assistente do paciente nas unidades vinculadas ao SUS e autorizadas por Comissão Municipal Responsável pelo TFD designada pelo Gestor Municipal de Saúde, que solicitará se

JAIR CAVATINTE BARROS
PREFEITO MUNICIPAL



necessário, exames ou documentos que complementem a análise de cada caso.

Art. 5º - O formulário de Solicitação de TFD será obrigatoriamente submetido à apreciação da Comissão Responsável pelo TFD da Secretaria Municipal de Saúde que, se acolher a indicação, procederá à autorização do deslocamento do paciente.

Art. 6º - A Secretaria Municipal de Saúde deverá organizar o controle e avaliação do TFD de modo a manter disponível a documentação comprobatória das despesas de acordo com o Manual Estadual do TFD.

Art. 7º - O Setor de TFD da Secretaria Municipal de Saúde providenciará, no prazo de até 05 (cinco) dias, o atendimento do paciente junto à Unidade Assistencial de Destino, marcando data, horário e local do atendimento/consulta e/ou a confirmação do atendimento caso o agendamento tenha sido realizado por unidade fora do município.

Art. 8º - O tratamento deverá ser realizado em Unidade Assistencial do SUS, da rede própria ou conveniada, mais próxima da residência do paciente, que dispuser de recursos assistenciais.

Art. 9º - Fica vedado o pagamento de TFD em deslocamento menor do que 50 km de distância, bem assim nos casos de soma de percursos de frações quilométricas.

Art. 10 - Quando o paciente/acompanhante retornar ao Município de origem no mesmodia será autorizado apenas deslocamento.

Paragrafo Único. A ajuda de custo para alimentação será concedida pela o Setor de TFD observando os mesmos critérios contidos no art. 12 da Lei n.º 352/2011.

Art. 11 - O TFD somente será concedido para pacientes em tratamento ambulatorial.

Art. 12 - Para todo deslocamento do paciente deverá ser fornecido o Relatório de Atendimento, conforme anexo III.

Art. 13 - Somente será permitido o pagamento de despesas para deslocamento de acompanhante, nos casos em que houver indicação médica, esclarecendo o motivo da impossibilidade do paciente se deslocar desacompanhado.

Art. 14 – O Tratamento Fora do Domicílio - TFD não se responsabilizará pelo pagamento de passagens e diárias quando o usuário se deslocar por conta própria ou quando permanecer no local do destino, por período superior do que o autorizado pela Comissão Municipal de TFD, salvo na hipótese de prorrogação do tratamento devidamente justificadano “Formulário de Atendimento”, caso em que o paciente/acompanhante ao retornar ao Município de origem será reembolsado das despesas com diárias de pernoite e alimentação pelo período excedente.



Art. 15 – Serão necessárias para liberação da ajuda de custo as seguintes documentações:

I- O pedido de Tratamento Fora do Domicílio (Formulário de TFD) preenchido e carimbado por médico da rede pública de saúde municipal;

II- Cópia dos exames realizados pelo paciente;

III- 03 (três) cópias do RG (carteira de identidade) e do CPF (Cadastro de Pessoa Física);

IV- 03 (três) cópias do comprovante de endereço.

Parágrafo Único – Em não havendo médico especialista para preencher o formulário de TFD, este poderá ser preenchido por médico particular, devendo ser analisado pelo médico autorizador o qual poderá deferi-lo ou não.

Art. 16 – Nos casos em que houver necessidade de deslocamento com acompanhante para este receber ajuda de custo será necessário apresentar as seguintes documentações:

I- relatório médico do paciente esclarecendo o motivo da impossibilidade do paciente se deslocar desacompanhado, juntamente com análise do médico autorizador;

II- 03 (três) cópias do RG (carteira de identidade) e do CPF (Cadastro de Pessoa Física);

III- 03 (três) cópias do comprovante de endereço.

Art. 17 – A autorização de deslocamento utilizando ambulância como meio de transporte será precedida da avaliação do médico autorizador e de parecer social.

CAPÍTULO II DA AUTORIZAÇÃO DO BENEFÍCIO

Art. 18 – Na concessão do benefício serão observados os seguintes critérios:

I- a autorização para o TFD se dará à pacientes atendidos pela rede pública de saúde, ambulatorial e hospitalar, conveniada ou credenciada pelo SUS;

II- o benefício será prestado pela Secretaria Municipal de Saúde ao usuário do SUS/MG quando esgotado todos os meios de tratamento no Município;

III- será concedido somente para pacientes em tratamento ambulatorial;

IV- o Tratamento Fora do Domicílio somente poderá ser autorizado quando estiver garantido o atendimento no Município de referência, através de agendamento pela Central de Marcação de Consultas e Exames Especializados e pela Central de Disponibilidade de Leitos, com o horário e data previamente definidos;

V- somente será permitido o pagamento de despesas para deslocamento de acompanhante, nos casos em que houver indicação médica, esclarecendo o motivo da impossibilidade do paciente se deslocar desacompanhado,



devendo o acompanhante ser maior de 18 (dezoito) anos, documentado e capacitado físico/mental e não residir no local de destino;

VI- o Tratamento Fora de Domicílio - TFD não se responsabilizará pelo pagamento de passagens e diárias quando o usuário se deslocar por conta própria ou quando permanecer no local do destino, por um período maior do que o autorizado pelo Setor de TFD do Município de origem, exceto, quando houver indicação médica devidamente justificada no formulário de atendimento do município de destino.

CAPÍTULO III DA NÃO AUTORIZAÇÃO DO BENEFÍCIO

Art. 19 - O TFD não será autorizado:

I- para procedimentos não constantes na tabela SIA e SIH/SUS;

II- para tratamento para fora do país;

III- para pagamento de UTI móvel;

IV- para pagamento de diárias a pacientes durante tempo em que estiverem hospitalizados no município de destino;

V- em tratamentos que utilizem procedimentos assistenciais contidos no Piso de Atenção Básica (PAB) ou em tratamentos de longa duração, que exijam a fixação definitiva no local de tratamento;

VI- para custeio de despesa de acompanhante, quando não houver indicação médica ou para custeio de despesas com transporte do acompanhante, quando este for substituído;

VII- quando o deslocamento for inferior a 50 km (cinquenta quilômetros) de distância da cidade de origem.

CAPÍTULO IV DA RESPONSABILIDADE DO MUNICÍPIO

Art. 20 – Na concessão do benefício do Tratamento Fora do Domicílio – TFD é de responsabilidade do Município de origem:

I- as despesas de deslocamento do paciente e quando necessário de seu acompanhante, incluso ida e volta, até o ponto de partida mais próximo;

II- as despesas com alimentação e pernoite do paciente e acompanhante nas hipóteses e condições previstas em lei;

III- alertar o paciente e quando necessário seu acompanhante de que no local de destino não será fornecido nenhum tipo de reembolso das despesas decorrentes da viagem;

IV- reembolsar os gastos excedentes com o deslocamento do paciente/accompanhante no Tratamento Fora do Domicílio, observados os critérios definidos na presente Lei;

V- em caso de óbito do usuário em Tratamento Fora do Domicílio, o Município de **São João das Missões/MG** se responsabilizará pelas despesas decorrentes do transporte do corpo até a localidade do seu domicílio;

VI- conforme cronograma previamente estabelecido pela Secretaria Estadual da Saúde, o Município de **São João das Missões/MG** deverá apresentar o BPA (Boletim de Pagamento Ambulatorial), contendo os procedimentos



de TFD, correspondentes às despesas com transporte e/ou ajuda de custo.

Art. 21 – É vedado ao Município de **São João das Missões/MG** cobrar qualquer valor referente a transporte ou alimentação, caso aconteça o infrator poderá ser desabilitado em consonância com a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS/96 e com a Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990.

Art. 22 – Fica assegurado o reembolso das despesas com alimentação e pernoite do acompanhante de pacientes hospitalizados, nas seguintes condições legais:

I- pacientes internados menores de 18 (dezoito) anos, assegurado pela Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente;

II- pacientes internados com idade igual ou maior de 60 (sessenta) anos, assegurado pela Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003 - Estatuto do Idoso;

III- pacientes portadores de doença física ou mental, assegurado pela Política Nacional de Portadores de Necessidades Especiais;

IV- gestante de alto risco durante o período de trabalho de parto, parto, pós-parto, assegurado pela Lei n. 11.108, de 07 de abril de 2005.

Parágrafo único – Nos casos em que a equipe de saúde do hospital de destino verificar a necessidade, poderá ser autorizada a permanência de acompanhante com pacientes que não se enquadram nos critérios anteriores, visando a melhor recuperação e humanização no atendimento, desde que devidamente justificado.

CAPÍTULO V DA RESPONSABILIDADE DO MUNICÍPIO DE DESTINO

Art. 23 – Ao término do tratamento, a Unidade Médica Assistencial encaminhará o paciente ao órgão (domicílio) de origem com o “Relatório de Atendimento” devidamente preenchido, esclarecendo o tratamento realizado.

CAPÍTULO VI DA RESPONSABILIDADE DO PACIENTE

Art. 24 – O paciente ou responsável tão logo retorne ao órgão de origem, terá um prazo de até 05 (cinco dias) úteis para encaminhar os comprovantes das passagens e o Relatório de Atendimento ao Setor TFD de origem para devida prestação de contas.

Art. 25 – O paciente deverá solicitar com antecedência mínima de 20 (vinte) dias o auxílio para Tratamento Fora do Domicílio, ressalvados os casos de urgência ou cuja confirmação da consulta ou do procedimento médico tenha sido comunicada pelo órgão de destino em período inferior ao definido na presente Lei.

Art. 26 – Caso haja a impossibilidade do paciente realizar o Tratamento Fora do Domicílio, deverá devolver os valores recebidos dos cofres do Município de **São João das Missões/MG** no prazo de até 05 (cinco) dias úteis.



Art. 27 – No ato de recebimento dos valores correspondentes ao TFD, o usuário ou seu acompanhante deverá conferir e assinar o recibo de pagamento do TFD, conforme Anexo II, assim como firmar compromisso de prestação de contas e/ou devolução de valores recebidos do TFD caso não comprove o deslocamento para o tratamento de saúde.

Art. 28 – A não prestação de contas por parte do paciente/acompanhante acarretará a suspensão de novos benefícios por meio de Tratamento Fora do Domicílio – TFD, sem prejuízo da adoção de providências legais e administrativas cabíveis.

CAPÍTULO VII SETOR DO TFD – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Da Comissão Municipal Responsável pelo TFD

Art. 29 – A comissão responsável pelo TFD deverá ser composta por: 1 (um) Médico, 1 (um) Assistente Social, 1 (um) Servidor do Controle e Avaliação;

Art. 30 – Compete a Comissão Municipal Responsável pelo TFD da Secretaria Municipal de Saúde:

I- receber o paciente juntamente com as 3 (três) vias de Solicitação de Tratamento Fora do Domicílio preenchidas pelo médico solicitante;

II- verificar a real necessidade do deslocamento e em caso afirmativo preencher os campos 01 (um) a 16 (dezesesseis) da Solicitação de TFD;

III- analisar as solicitações de Tratamento Fora do Domicílio, conforme roteiro de Procedimentos Operacionais Padrão - POP do TFD;

IV- autorizar o deslocamento dos pacientes;

V- providenciar o atendimento do paciente junto à Unidade Assistencial de Destino, informando ao paciente data, horário e local do atendimento/consulta;

VI- anotar o agendamento no campo de número 30 (trinta) das 3 (três) vias do formulário de Solicitação de TFD e assinar como responsável pelo agendamento;

VII- preencher o recibo de pagamento em 3 (três) vias para paciente apresentar no Setor Financeiro do TFD;

VIII- encaminhar o paciente ao Setor Financeiro responsável pelo pagamento das despesas relativas ao deslocamento do paciente e acompanhante para o Tratamento Fora do Domicílio - TFD;

IX- arquivar a 1ª (primeira) via da Solicitação de TFD e entregar ao paciente a 2ª (segunda) via, que deverá ser apresentada na Unidade Assistencial de Destino, juntamente com duas vias do Relatório de Atendimento;

X- devolver as vias de Solicitação de TFD ao paciente quando o deslocamento não for autorizado;

XI- encaminhar mensalmente ao Núcleo de Regulação da Secretaria de Saúde de **São João das Missões/MG**, os Boletins de Produção Ambulatorial (BPA'S) juntamente com o demonstrativo de Atendimento devidamente assinado pelo Responsável pela Comissão.



Art. 31 – O Setor encarregado pelo TFD de origem providenciará o deslocamento do paciente prevalecendo o meio de transporte adequado (conforme formulário de Solicitação de Tratamento Fora do Domicílio), autorizando o valor para transporte (ida e volta), ajuda de custo, utilizando a tabela de composição de valores de procedimentos do SIA-SUS.

Art. 32 – É de responsabilidade da Comissão Municipal responsável pelo TFD fornecer para todo deslocamento do paciente o Relatório de Atendimento.

Art. 33 – A referência de pacientes a serem atendidos pelo TFD deve ser solicitada na Programação Pactuada Integrada – PPI de cada município.

CAPÍTULO VIII SETOR DE PAGAMENTO/FINANCEIRO – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Art. 34 – Ao receber o processo de Solicitação de TFD devidamente autorizado pela Comissão Municipal de TFD, o Fundo Municipal de Saúde providenciará o pagamento de auxílio de despesa .

Art. 35 – A liberação do recurso/auxílio financeiro para deslocamento para Tratamento Fora do Domicílio realizar-se-á mediante expedição de cheque nominal em favor do paciente beneficiado ou de seu responsável legal, ou através de transferência bancária para conta em nome do responsável. A prestação de contas perante o Setor de TDF se dará no prazo de até 05 (cinco) dias úteis contados da data de retorno ao Município de origem.

Art. 36 – A prestação de contas se efetivará mediante apresentação do Relatório de Atendimento, das passagens que comprovam o deslocamento e atendimento no município de destino e comprovantes fiscais de alimentação.

Art. 37 – O processo de liberação do auxílio financeiro tramitará no prazo de até 10 (dez), observando-se o seguinte procedimento:

- I – Envio ao Fundo Municipal de Saúde de 3 (três) vias da Autorização de pagamento;
- II- entrega a 2ª (segunda) via ao paciente;
- III- encaminha a 1ª (primeira) via ao setor responsável pelo TFD, para arquivo;
- IV- arquivar a 3ª (terceira) via pela Comissão Responsável pelo TFD;
- V- o paciente guarda a 2ª (segunda) via do Recibo de Pagamento de TFD como comprovante e desloca-se à Unidade Assistencial de Destino com 2ª (segunda) via de Solicitação de TFD e as duas vias do Relatório de Atendimento;
- VI- a Unidade Assistencial de Destino atende o paciente conforme agendamento; preenche o Relatório de Atendimento e devolve a 1ª (primeira) via do Relatório de Atendimento ao paciente devidamente preenchida e carimbada;



VII- o paciente ao retornar ao seu Município de origem, deverá em até 3 (três) dias úteis entregar a 1ª (primeira) via do Relatório de Atendimento ao Setor de TFD local para comprovar o atendimento e proceder à prestação de contas;

VIII- o Setor de TFD da Secretaria Municipal de Saúde recebe do paciente a 1ª (primeira) via da Solicitação de TFD e arquiva; preenche o Formulário Demonstrativo de Atendimento, anexo com a 1ª (primeira) via da Solicitação de TFD e arquiva.

CAPÍTULO IX TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO – FORA DO ESTADO

Art. 38 – O Tratamento Fora do Domicílio para Fora do Estado é para atendimento a pacientes residentes no Município de **São João das Missões/MG** -MG, portadores de doenças não tratáveis no próprio Estado de Minas Gerais ou cujo tratamento se iniciou fora do Estado e existe a necessidade de tratamento na Unidade Assistencial de atendimento

Art. 39 – As autorizações para TFD Fora do Estado, deverão se restringir aos casos de absoluta excepcionalidade, que não exista tratamento no Estado de Minas Gerais.

Art. 40 – A concessão do benefício deverá obedecer ao procedimento Operacional Padrão – POP aplicável à concessão do benefício para TFD dentro deste Estado.

CAPÍTULO X

Art. 41 – Integram a presente Lei os seus anexos :
Anexo I – Solicitação de auxílio para tratamento fora do domicílio
Anexo II - Das condições do pagamento e tabela de valores.
Anexo III - Recibo de pagamento TFD.
Anexo IV - Tabela de valores

GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DAS MISSÕES/MG, aos 17 dias do mês de agosto de 2022.


Jair Cavalcante Barbosa
Prefeito Municipal



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DAS MISSÕES – MG
CNPJ 01.612.486/0001-81

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 Nascimento: | UF: |
| Sexo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mas culino Feminino | Altura: (centímetros) | Peso: (gramas) | |
| Endereço: | | Nº | Bairro |
| Município: | Complemento: | CEP: | UF: |
| Telefone: | | 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: <p style="text-align: center;">_____ Secretaria Municipal de Saúde</p> | | | |
| PARECER DA COMISSÃO: <input type="checkbox"/> NEGADO <input type="checkbox"/> AUTORIZADO <input checked="" type="checkbox"/> INCONCLUSIVO | | | |
| JUSTIFICATIVA: <p style="text-align: center;">_____ Gestor Público</p> | | | |
| REAVLIAÇÃO DE LAUDO INCONCLUSIVO | | | |
| SITUAÇÃO DO LAUDO <input type="checkbox"/> NEGADO <input type="checkbox"/> AUTORIZADO <input checked="" type="checkbox"/> INCONCLUSIVO | PROCEDIMENTO AUTORIZADO: | DESTINO: | CÓDIGO: |
| | MOTIVO: | | |
| DATA DA AUTORIZAÇÃO ____/____/____ | MÉDICO AUTORIZADOR (ASSINATURA / CARIMBO) | CRM | |



Anexo II
DAS CONDIÇÕES DO PAGAMENTO E TABELA DE VALORES

1. Os valores previstos nesta tabela são individuais por pessoa, ressalvados os casos em que o valor da despesa seja único, independentemente, se o paciente estiver acompanhado ou não;
2. Em caso de transporte o valor a ser pago é o menor encontrado para a viagem, mediante comprovação;
3. Todas as despesas deverão ser devidamente comprovadas por documentos regulares, nos períodos estipulados e fiscalização promovidos pela Secretaria Municipal de Saúde;
4. Todas as despesas serão conferidas pela Secretaria Municipal de Saúde cabendo glosagem naquilo que estiver em desacordo com a legislação e atos normativos;
5. O pagamento do auxílio TFD está condicionada a existência efetiva de recursos financeiros para o mesmo;
6. À Secretaria Municipal de Saúde sob fiscalização do Conselho Municipal de Saúde e outros órgãos de controle cabe a análise, aprovação e desaprovação dos auxílios TFC concedidos;
7. Aos beneficiários, sob pena de tomadas de contas especiais, cancelamento do auxílio, entre outras formas em lei cabíveis, deverão promover as prestações de contas dos auxílios recebidos, na forma prevista nesta Lei ou em regulamento.

JAIR CAVALCANTE BARBOSA
PREFEITO MUNICIPAL



ANEXO III

RECIBO DE PAGAMENTO TFD

Pelo presente, eu _____, inscrito no CPF sob nº _____, declaro que **RECEBI** na data de hoje, o valor de R\$ _____, (Valor por extenso), por meio de (forma de pagamento), da Secretaria Municipal de Administração e Finanças, neste ato representado pelo(a) Secretario(a)Municipal,o(a)Sr.(a)_____inscrito no CPF sob nº _____, e nomeado pela Portaria nº, referente a (motivo do TFD).

Sendo expressão de verdade e sem qualquer coação, firmo o presente.

São João da Missões/MG, data.

Assinatura do Requerente.

Caso o pagamento ocorra em cheque, anexar a cópia, ou em caso de transferência bancária, anexar o comprovante de transferência.

JAIR CAVALCANTE BARBOSA
PREFEITO MUNICIPAL



Anexo IV

Tabela de valores

| PORTE DO DESTINO DA UNIDADE | ALIMENTACAO | PERNOITE |
|--|--------------------|-----------------|
| Raio de 210km da sede do municipio | R\$ 20,00 | R\$ 60,00 |
| Raio acima de 210km da sede do municipio | R\$ 25,00 | R\$100,00 |
| Capitais e outros estados | R\$ 30,00 | R\$ 130,00 |

JAIR CAVALCANTE BARBOSA
PREFEITO MUNICIPAL