



# PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRAS DE MARIA DA CRUZ

Praça Ernani Pereira, nº 291 - Centro - CEP: 39.492.000

CNPJ 25.209.156/0001-08

Email: [prefpedras@yahoo.com.br](mailto:prefpedras@yahoo.com.br) - Tel. (38) 3622-4140

PEDRAS DE MARIA DA CRUZ - ESTADO DE MINAS GERAIS



## LEI MUNICIPAL Nº 611 DE 03 DE MARÇO DE 2021

**“Dispõe sobre limite de gastos para Auxílio de Tratamento em Saúde, Tratamento Fora do Domicílio - TFD, Patologias Graves e dá outras providencias.”**

O Prefeito do Município de Pedras de Maria da Cruz, Estado de Minas Gerais, faz saber que a Câmara Municipal através dos seus representantes aprovou e eu, no uso das atribuições legais, e considerando o disposto na Portaria Federal nº 55 de 24 de fevereiro de 1.999, sanciono e promulgo a seguinte Lei:

**Art. 1º** - Fica regulamentado por esta Lei a concessão de auxílio para o custeio de despesas de viagens para tratamento de saúde fora do domicílio - TFD, vinculado ao Sistema Único de Saúde - SUS.

**§1º** - O TFD corresponde às despesas decorrentes do deslocamento do paciente 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 Município ou Estado;

**§2º** - Para os fins desta Lei, consideram-se despesas decorrentes do tratamento de saúde fora do domicílio: o transporte para o local de destino e no próprio local de tratamento, hospedagem e a alimentação do paciente e de seu acompanhante, enquanto perdurar o tratamento;

**§3º** - A necessidade de acompanhante nos deslocamentos de que trata o §1º deve estar previamente justificada como condição para que o paciente se submeta ao tratamento;

**§4º** - O Auxílio do TFD será concedido, exclusivamente, a pacientes atendidos pelo Sistema Único de Saúde - SUS, através da rede pública ou conveniada/contratada;

**§ 5º** - O auxílio do TFD será autorizado mediante aprovação por uma Comissão Especial de Análise composta por servidores públicos, instituída para este fim e cuja composição deverá conter, dentre outros, um médico e um assistente social.

**§ 6º** - São vedadas concessões de Auxílio Tratamento Fora do Domicílio TFD:

**I** - para acesso de pacientes a outros municípios para tratamentos que utilizem procedimentos assistenciais contidos no Piso da Atenção Básica - PAB, assim como o pagamento de diárias a pacientes encaminhados por meio de TFD que permaneçam hospitalizados no município de referência, em deslocamentos menores do que 50 (cinquenta) quilômetros de distância do Distrito sede do município;

# PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRAS DE MARIA DA CRUZ



Praça Ernani Pereira, nº 291 - Centro - CEP: 39.492.000

CNPJ 25.209.156/0001-08

Email: [prefpedras@yahoo.com.br](mailto:prefpedras@yahoo.com.br) - Tel. (38) 3622-4140

PEDRAS DE MARIA DA CRUZ - ESTADO DE MINAS GERAIS



**II** - em casos do fornecimento gratuito de transporte, alimentação e hospedagem ao paciente e seu acompanhante, por entidades de apoio ou mesmo pelo município de origem do paciente;

**III** - durante o período em que o paciente for mantido em internação hospitalar;

**IV** - para o pagamento de diárias a pacientes encaminhados por meio de TFD que permaneçam hospitalizados no município de referência; e

**V** - outros casos previstos em Lei, regulamento ou recomendações do Ministério Público.

§7º - O TFD será autorizado somente com a devida comprovação da necessidade do paciente, mediante estudo prévio a cargo da Comissão Especial de Análise de que trata o § 5º, do art. 1º da presente Lei, além da análise socioeconômica efetuada pelo serviço de assistência social do município.

**Art. 2º** - O pagamento das despesas relativas ao Tratamento Fora do Domicílio - TFD, só será permitido quando esgotados todos os meios de tratamento no próprio município.

**Art. 3º** - Para garantia do atendimento previsto nesta Lei, o paciente ou seu responsável deverá apresentar à Secretaria Municipal de Saúde, com antecedência mínima de 05(cinco) dias úteis, ressalvadas situações de urgência:

**I** - laudo médico com indicação de Tratamento Fora do Domicílio - TFD, no qual deverá constar a situação clínica do paciente, bem como a necessidade deste realizar tratamento de saúde fora do local de residência e a indicação da necessidade ou não de acompanhante;

**II** - formulário de solicitação do auxílio constante do ANEXO I, devidamente preenchido;

**III** - Cópias dos exames, laudos e demais documentos médicos, comprovando o diagnóstico do paciente e de que foram esgotadas todas as possibilidades de atendimento no município.

**Art. 4º** - Para efeito da garantia de transporte, alimentação e hospedagem para o acompanhante do paciente, o médico deverá justificar a necessidade deste no formulário próprio de TFD.

§1º - Para maiores de 18 (dezoito) anos será autorizado apenas 01 (um) acompanhante, também maior de 18 (dezoito) anos, capacitado física e mentalmente, preferencialmente pai, mãe ou pessoa por ele indicada;

# PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRAS DE MARIA DA CRUZ

Praça Ernani Pereira, nº 291 - Centro - CEP: 39.492.000

CNPJ 25.209.156/0001-08

Email: [prefpedras@yahoo.com.br](mailto:prefpedras@yahoo.com.br) - Tel. (38) 3622-4140

PEDRAS DE MARIA DA CRUZ - ESTADO DE MINAS GERAIS



§2º - Para menores de 18 anos será considerado 01 (um) acompanhante (pai, mãe ou responsável legal), 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 deverá ser atestada e caso comprovada, haverá a liberação de um segundo acompanhante, pai, representante legal ou pessoa a ser indicada;

§3º - 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;

§4º - Casos omissos serão avaliados pela Comissão responsável pelo TFD.

**Art. 5º** - O valor a ser pago ao paciente/acompanhante para cobrir as despesas de transporte, alimentação ou estadia serão aqueles que constam na legislação que dispõe sobre tais dispêndios vigentes à época, podendo, ainda, ser regulamentado por decreto.

**Art. 6º** - O Tratamento Fora do Domicílio somente será autorizado quando houver garantia de atendimento no município de referência, com horários e datas pré-definidos antes da concessão do auxílio.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - Entende-se por município referência o local onde o paciente efetivamente será submetido à consulta, exame ou tratamento médico de que necessita.

**Art. 7º** - O município, através da Secretaria Municipal de Saúde, manterá controle e registro dos deslocamentos de usuários, mediante planilhas, objetivando a fiscalização do Conselho Municipal de Saúde e demais órgãos de controle interno e externo.

**Art. 8º** - Concluído o tratamento, o paciente e acompanhante retornarão ao município de origem, de imediato, protocolando o relatório de alta, declaração de comparecimento e demais documentos solicitados pela Secretaria Municipal de Saúde deste município.

**Art. 9º** - O pagamento do auxílio TFD será efetuado por adiantamento, mediante depósito em conta bancária de titularidade do paciente ou do seu representante legal.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - Quando o paciente e ou acompanhante retornar ao município de Pedras de Maria da Cruz, no mesmo dia, serão custeadas apenas despesas de transporte e alimentação, caso estes tenham sido fornecidos gratuitamente pelo município, por entidade de apoio ou pelo próprio hospital.

# PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRAS DE MARIA DA CRUZ

Praça Ernani Pereira, nº 291 - Centro - CEP: 39.492.000

CNPJ 25.209.156/0001-08

Email: [prefpedras@yahoo.com.br](mailto:prefpedras@yahoo.com.br) - Tel. (38) 3622-4140

PEDRAS DE MARIA DA CRUZ - ESTADO DE MINAS GERAIS



**Art. 10** - Caberá à Secretaria Municipal de Saúde efetuar as devidas comunicações para as providências legais necessárias ao processamento da despesa e, especialmente, atestar a realização destas.

**Art. 11** - O beneficiário do Auxílio TFD tem 05 (cinco) dias úteis, contados a partir do seu efetivo retorno ao município e ou da conclusão do Tratamento Fora do Domicílio - TFD, para apresentar prestação de contas de todos os valores recebidos e efetivamente utilizados para custeio das despesas decorrente do tratamento.

§1º - Caso o tratamento fora do domicílio – TFD, se estenda por mais de 30 (trinta) dias, o beneficiário deverá prestar contas mensalmente dos valores recebidos;

§2º - A prestação de contas far-se-á mediante apresentação de documentos fiscais correspondentes às despesas autorizadas nesta Lei;

§3º - Compete ao Secretário Municipal de Saúde, aprovar as contas prestadas, observando sempre a regularidade jurídica e adequação dos valores apresentados na prestação de contas.

§4º - Concluído o Tratamento Fora do Domicílio - TFD, caso o beneficiário não apresente a

prestação de contas ou não tenha as contas aprovadas, compete ao Município a notificação deste para imediata devolução dos valores recebidos, sob pena de inscrição em dívida ativa e cobrança na forma da Lei.

**Art. 12** - As despesas decorrentes desta Lei correrão às expensas das dotações orçamentárias próprias consignadas no orçamento municipal.

**Art. 13** - A presente Lei, deverá observar as previsões contidas na Legislação e Atos Normativos vigentes em todo território nacional, podendo ser regulamentada e fundamentada nestas, no que couber.

**Art. 14** - Fica fazendo parte da presente Lei o anexo I e entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrario.

Gabinete do Prefeito do Município de Pedras de Maria da Cruz-MG, 03 de março de 2021.

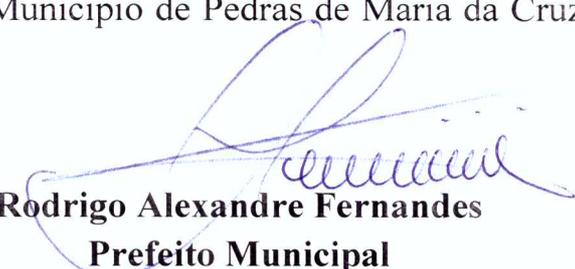
## PUBLICAÇÃO

Afixado em: 03/03/2021

Conforme Lei Orgânica Municipal

Art. 70 § 1º

Ass.: [Assinatura]

  
**Rodrigo Alexandre Fernandes**  
**Prefeito Municipal**

# PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRAS DE MARIA DA CRUZ

Praça Ernani Pereira, nº 291 - Centro - CEP: 39.492.000

CNPJ 25.209.156/0001-08

Email: [prefpedras@yahoo.com.br](mailto:prefpedras@yahoo.com.br) - Tel. (38) 3622-4140

PEDRAS DE MARIA DA CRUZ - ESTADO DE MINAS GERAIS



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