



ESTADO DE RONDÔNIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA LUZIA D'OESTE
PODER EXECUTIVO MUNICIPAL - GABINETE DO PREFEITO

LEI Nº 920/2018

Súmula: “Dispõe sobre Instituição e Regulamentação do Ajuda de Custo para o TFD, (Tratamento Fora de Domicílio) Intermunicipal aos usuários do SUS (Sistema Único de Saúde)”.

O Prefeito do Município de Santa Luzia D'Oeste, Estado de Rondônia, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei Orgânica do Município;

Faz Saber, que os munícipes de Santa Luzia D'Oeste, através de seus representantes legais que compõe a Câmara Municipal aprovam, e ele, Prefeito do Município, sanciona a seguinte;

L E I

Art. 1º Fica instituído e regulamentado o ajuda de custo para o Tratamento Fora de Domicílio – TFD Intermunicipal, aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS no âmbito desta municipalidade, estando o Poder Executivo Municipal, através da Secretaria Municipal de Saúde autorizado a arcar com as despesas a título de ajuda de custo para tratamento de pacientes do Sistema Único de Saúde – SUS, fora do domicílio de Santa Luzia D'Oeste/RO.

Art. 2º Constituem despesas a título de ajuda de custo aquelas que compreendem os gastos referentes a passagens rodoviárias, alimentação e hospedagem para 01 (um) paciente e 01 (um) acompanhante, somente podendo ser autorizado de acordo com a disponibilidade orçamentária do Município.

I - Nos casos envolvendo menores de 18 anos, será permitido 01 (um) acompanhante (pai ou 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 que será considerada a liberação de um segundo acompanhante, podendo ser um parente ou pessoa a ser indicada pelo responsável.



ESTADO DE RONDÔNIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA LUZIA D'OESTE
PODER EXECUTIVO MUNICIPAL - GABINETE DO PREFEITO

II - Nos casos dos pacientes de 18 a 59 anos de idade, para fins de que seja garantido as passagens rodoviárias, alimentação e hospedagem do acompanhante, faz-se necessária o preenchimento de justificativa por profissional médico vinculado à rede pública de saúde, relatando a necessidade do acompanhante em formulário próprio do TFD (ANEXO III), devendo, em todos os casos, o acompanhante ser maior de 18 (dezoito) anos, capacitado física e mentalmente, podendo o mesmo ser parente ou responsável legal pelo paciente, não podendo residir no município de destino;

III - Pacientes maiores de 60 (sessenta) anos poderão viajar com acompanhantes, nos termos assegurados pela Portaria nº 280/GM/MS, a qual assegura o direito a acompanhante, inclusive durante o período de internação;

IV - O acompanhante deverá retornar a localidade de origem em casos de prolongada internação do paciente, salvo quando, a critério médico, a sua permanência for aconselhada;

V - Não será permitida a substituição do acompanhante após a emissão dos bilhetes de passagens, salvo em caso de morte ou doença, devidamente comprovado;

VI - O Município de Santa Luzia D'Oeste, através da Secretaria de Saúde, não se responsabilizará pelas despesas decorrentes da substituição de acompanhante que viaje por conta própria, durante o curso do tratamento;

VII - Nos casos em que um paciente estiver usufruindo o benefício do TFD para tratamento próprio, o mesmo não poderá ser acompanhante de outro paciente em TFD;

VIII - O Município de Santa Luzia D'Oeste, através da Secretaria Municipal de Saúde não se responsabilizará por despesas geradas por permanência indevida do paciente e/ou acompanhante.

Art. 3º O Tratamento Fora de Domicílio - TFD Intermunicipal será concedido, exclusivamente, aos pacientes atendidos na rede pública ou conveniada/contratadas do Sistema Único de Saúde - SUS.



ESTADO DE RONDÔNIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA LUZIA D'OESTE
PODER EXECUTIVO MUNICIPAL - GABINETE DO PREFEITO

Art. 4º O pagamento das despesas referentes aos deslocamentos do Tratamento Fora de Domicílio - TFD Intermunicipal somente serão permitidas quando esgotados todos os meios de tratamento no próprio município.

Art. 5º Não é permitida a autorização de Tratamento Fora de Domicílio - TFD Intermunicipal para acesso de pacientes a outros municípios para tratamentos que utilizem procedimentos assistenciais contidos no Piso da Atenção Básica - PAB e nos seguintes casos:

I - Deslocamentos para municípios com até 50 (cinquenta) km de distância (transporte terrestre) do Município de Santa Luzia D'Oeste/,RO;

II - Deslocamentos para a obtenção de benefícios nos casos de acidente do trabalho, haja vista que, acidentes dessa natureza encontram-se disciplinados nas legislações específicas dos regimes de previdência;

III - Deslocamentos de pacientes sem a devida garantia de atendimento no município de referência, sem horário e data definido previamente;

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

Parágrafo Único - O acompanhante deverá retornar ao município de origem em casos de prolongada internação do paciente, salvo quando a critério médico, a sua permanência for aconselhada.

Art. 7º A ajuda de custo estabelecida 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 Santa Luzia D'Oeste/RO;

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.



ESTADO DE RONDÔNIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA LUZIA D'OESTE
PODER EXECUTIVO MUNICIPAL - GABINETE DO PREFEITO

Art. 8º Fica vedado o pagamento de ajuda de custo para o Tratamento Fora de Domicílio Interestadual, devendo a Secretaria Municipal de Saúde, encaminhar os pacientes à Secretaria de Estado da Saúde de Rondônia.

Art. 9º Os valores pagos a título de ajuda de custo do TFD serão pagos na forma dos Anexos I, II, da presente Lei.

Art. 10 O pagamento dos valores previstos no artigo anterior será efetuado através de transferência bancária em conta corrente ou poupança em nome do paciente ou do seu representante legal.

Art. 11 O paciente ou responsável tão logo retorne ao local de origem terá um prazo de 05 (cinco) dias para encaminhar os comprovantes de despesas à Secretaria Municipal de Saúde;

I - Após o prazo disposto no caput deste artigo, uma vez não havendo a prestação de contas, deverá o município, através da Secretaria Municipal de saúde, em um prazo de 15 (quinze) dias, proceder à notificação do paciente ou responsável para que o mesmo apresente a prestação de contas, sob pena de suspensão do Tratamento Fora de Domicílio – TFD;

II - Nos casos em que o paciente ou responsável, após notificado, deixe de apresentar em um prazo de 05 (cinco) dias as informações necessárias ao gestor municipal, é cabível o ajuizamento de procedimentos administrativos/judiciais para fins de que o município seja ressarcido dos valores desembolsados para com o paciente.

Art. 12 O Município, através da Secretaria Municipal de Saúde, manterá controle e registro rigoroso dos deslocamentos de usuários para TFD Intermunicipal, objetivando a fiscalização do Conselho Municipal de Saúde, Tribunal de Contas do Estado de Rondônia, Ministério Público Estadual e Federal, Controladoria Geral da União, Denasus e demais órgãos de controle interno e externo.



ESTADO DE RONDÔNIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA LUZIA D'OESTE
PODER EXECUTIVO MUNICIPAL - GABINETE DO PREFEITO

Art. 13 As despesas com a execução desta Lei correrão por conta de dotações próprias do orçamento vigente, suplementadas se necessário.

Art. 14 Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Santa Luzia D'Oeste/RO, 28 de novembro de 2018.

Nelson Jose Velho
Prefeito Municipal



ESTADO DE RONDÔNIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA LUZIA D'OESTE
PODER EXECUTIVO MUNICIPAL - GABINETE DO PREFEITO

ANEXO I

QUANTIDADE DE DIAS	VALOR	DESCRIÇÃO	DESTINO
01	R\$ 5,00	Ajuda de custo para alimentação de pacientes sem acompanhante, quando não ocorrer o pernoite fora do domicílio.	Cacoal/RO
01	R\$ 15,00	Ajuda de custo para diária completa (alimentação e pernoite) de paciente sem acompanhante.	Porto Velho/RO

ANEXO II

QUANTIDADE DE DIAS	VALOR	DESCRIÇÃO	DESTINO
01	R\$ 10,00	Ajuda de custo para alimentação de paciente com acompanhante, quando não ocorrer o pernoite fora do domicílio.	Cacoal/RO
01	R\$ 30,00	Ajuda de custo para diária completa (alimentação e pernoite) de paciente com acompanhante.	Porto Velho/RO



ESTADO DE RONDÔNIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA LUZIA D'OESTE
PODER EXECUTIVO MUNICIPAL - GABINETE DO PREFEITO

ANEXO III

PEDIDO DE TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO INTERMUNICIPAL (Frente)

MUNICÍPIO DE ORIGEM: SANTA LUZIA D'OESTE/RO			
Nº Cartão do SUS:		DATA:	
Nome Paciente:			
Nome Social:			
Nome da Mãe:			
Data de Nascimento: ____/____/____	Idade:	Município de Nascimento:	UF:
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino			
Endereço:		Nº	Bairro
Município:	Complemento:		CEP: UF:
E-mail:		Telefone:	Telefone Celular:
Identidade:	Órgão Emissor:	UF:	Data da Expedição: ____/____/____
CPF:		Certidão de Nascimento: (Anexar Cópia)	
PACIENTE:			
<input type="checkbox"/> 1º ATENDIMENTO FORA DO DOMICÍLIO INTERMUNICIPAL			
<input type="checkbox"/> EM TRATAMENTO (Anexar comprovantes)			
<input type="checkbox"/> QUANTIDADE DE DIAS			
ACOMPANHANTE:			
NOME:			
IDADE:			
RELAÇÃO COM O PACIENTE:			



ESTADO DE RONDÔNIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA LUZIA D'OESTE
PODER EXECUTIVO MUNICIPAL - GABINETE DO PREFEITO

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO (anexar cópia do agendamento médico solicitante):

RESERVADO PARA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

NEGADO

JUSTIFIQUE:

AUTORIZADO

↑

Secretaria Municipal de Saúde

PEDIDO DE TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO INTERMUNICIPAL (Verso)

ORIENTAÇÕES PARA TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO/SC

I – OS PROCESSOS DE TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO SOMENTE SERÃO LIBERADOS PARA PACIENTES COM CONSULTAS BÁSICA E/OU ESPECIALIZADA REALIZADAS PELO SUS;

II – DEVERÁ SER PREENCHIDO INTEGRALMENTE DE ACORDO COM AS ORIENTAÇÕES A SEGUIR, COM LETRA LEGÍVEL.

• Nº DO CARTÃO DO CNS

É OBRIGATÓRIO A APRESENTAÇÃO DO CARTÃO DO SUS.

• DATA

REFERE-SE A DATA DE ABERTURA DO PROCESSO.

• DADOS DO PACIENTE

PREENCHER INTEGRALMENTE TODOS OS ITENS.



ESTADO DE RONDÔNIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA LUZIA D'OESTE
PODER EXECUTIVO MUNICIPAL - GABINETE DO PREFEITO

- AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE OU PROFISSIONAIS DESIGNADOS POR ESTE.

OBS: ESTES PROFISSIONAIS ESTARÃO ATESTANDO QUE O PACIENTE TEVE ATENDIMENTO PELO SUS QUANDO FOI GERADO O LAUDO MÉDICO DE TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO.

SITUAÇÃO DO PEDIDO		DESTINO:	CÓDIGO:
<input type="checkbox"/> AUTORIZADO <input type="checkbox"/> NEGADO <input type="checkbox"/> INCONCLUSIVO	MOTIVO:		
DATA DA AUTORIZAÇÃO			
____/____/____			