



MUNICÍPIO DE FORMOSA DO OESTE

ESTADO DO PARANÁ

AV. SEVERIANO B. DOS SANTOS, 111 - CEP 85830-000 CNPJ: 76.208.495/0001-00 FONE /FAX 44 - 3526 -1122
www.formosadoeste.pr.gov.br

LEI N° 1.048, de 22 de junho de 2023

EMENTA: Institui e regulamenta a concessão do auxílio para Tratamento Fora do Domicílio (TFD).

O PREFEITO MUNICIPAL DE FORMOSA DO OESTE, ESTADO DO PARANÁ, faz saber que a Câmara Municipal aprovou e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica instituído no Município de Formosa do Oeste o auxílio para Tratamento Fora do Domicílio (TFD), garantindo aos usuários do Sistema Único de Saúde, quando esgotados todos os meios de tratamento no Município, a concessão de auxílio financeiro para custeio de despesas de alimentação e pernoite para o paciente e seu acompanhante, até perdurar o tratamento.

§ 1º As despesas permitidas pelo TFD são aquelas relativas a transporte aéreo e terrestre; diárias para alimentação e pernoite para paciente e acompanhante, devendo ser autorizadas de acordo com a disponibilidade orçamentária do município.

§ 2º Os valores dos auxílios para TFD é estipulado com base na Unidade de Referência de Formosa do Oeste (URFO), e serão aplicados no município da seguinte forma:

I - despesas com deslocamento, valor correspondente a uma Unidade de Referência de Formosa do Oeste (URFO) por dia;

II - despesas com alimentação, valor correspondente a uma URFO por dia;

III - despesas com pernoite, valor correspondente a uma URFO por dia

§ 3º O pagamento das diárias será efetuado através de depósito em conta bancária em nome do paciente ou do seu representante legal.

Art. 2º O TFD só será autorizado quando houver garantia de atendimento no município de referência, com horário e data definidos previamente, salvo nos casos de urgência, cuja autorização dar-se-á pelo Secretário Municipal de Saúde a pedido fundamentado do médico.





MUNICÍPIO DE FORMOSA DO OESTE

ESTADO DO PARANÁ

AV. SEVERIANO B. DOS SANTOS, 111 - CEP 85830-000 CNPJ: 76.208.495/0001-00 FONE /FAX 44 - 3526 -1122
www.formosadoeste.pr.gov.br

§ 1º O pagamento das despesas relativas ao deslocamento em TFD só será permitido quando esgotados todos os meios de tratamento no próprio município.

§ 2º O TFD será concedido, exclusivamente, a pacientes atendidos na rede pública ou conveniada/contratada pelo SUS, sendo vedado o pagamento de TFD quando o paciente for realizar consulta ou qualquer tipo de procedimento em clínicas que não sejam da rede pública ou conveniadas pelo SUS.

§ 3º Fica vedada a autorização de TFD para acesso de pacientes a outro município para tratamento que utilizem procedimentos assistenciais contidos no Piso de Atenção Básica - PAB.

§ 4º Fica vedado o pagamento de diárias a pacientes encaminhados por meio de TFD que permaneçam hospitalizados no município de referência.

§ 5º Fica vedado o pagamento de TFD em deslocamentos menores do que 50 km de distância.

Art. 3º Na impossibilidade de o usuário realizar o TFD, este e/ou seu acompanhante, deverá devolver os valores recebidos, no prazo máximo de 3 (três) dias úteis, sob pena de responsabilidade civil, criminal e administrativa.

§ 1º No ato do recebimento dos valores correspondentes ao TFD, o usuário ou seu acompanhante, deverá assinar um compromisso de prestação de contas e/ou devolução dos valores recebidos do TFD.

§ 2º A falta de prestação de contas por parte do usuário implica na suspensão de novos benefícios para o Tratamento Fora do Domicílio.

§ 3º Os valores financeiros sem as prestações de contas respectivas deverão ser devolvidos aos cofres municipais, corrigidos pelo Índice da Caderneta de Poupança.

§ 4º A devolução deverá ser realizada através de depósito em conta do Município, indicada pela Secretaria Municipal de Saúde, devendo o comprovante ser encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde.





MUNICÍPIO DE FORMOSA DO OESTE

ESTADO DO PARANÁ

AV. SEVERIANO B. DOS SANTOS, 111 - CEP 85830-000 CNPJ: 76.208.495/0001-00 FONE /FAX 44 - 3526 -1122
www.formosadooeste.pr.gov.br

§ 5º A comprovação do usuário para a prestação de contas do valor correspondente a TFD é a apresentação de declaração ou atestado médico, que contenha o nome do hospital e o tratamento realizado.

Art. 4º O Processo para solicitação de Tratamento Fora do Domicílio, será iniciado mediante laudo médico, requisição ou declaração médica, conforme anexos, encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde, via Setor de Arquivo e Protocolo do Município, em até 30 (trinta) dias após o deslocamento médico para fora do domicílio.

§ 1º O documento comprovante que trata o caput deste artigo deverá ser emitido por profissional médico integrante do SUS, devendo ser preenchidos em 02 vias, em letra de forma legível, atestando a necessidade do paciente em utilizar o referido processo de tratamento.

§ 2º O TFD será concedido, desde que respeitadas às vedações contidas nesta Lei, aos usuários que:

a) Prioritariamente, necessitem de tratamentos contínuos que sejam essenciais para sua sobrevivência e/ou cura, cuja necessidade seja comprovada mediante laudo e/ou relatório médico detalhando as informações relativas à patologia (histórico, diagnóstico provável, tratamento e sua duração).

b) Apresentem patologias cujas necessidades diagnósticas e/ou terapêuticas necessitem realizar atendimentos médicos ou procedimentos fora de sua localidade, nos casos de esgotamento das opções de tratamento, naquele momento, no território municipal.

§ 3º O prazo será computado do último dia do Tratamento Fora do Domicílio, quando o tratamento for ininterrupto, exigindo pernoite por vários dias em outro Município.

§ 4º O pedido protocolado após o decurso do prazo fixado no caput deste artigo não será conhecido, por ser intempestivo.

Art. 5º A necessidade de acompanhante nos deslocamentos de que trata esta Lei deverá ser criteriosamente fundamentada em parecer ou indicação do profissional de saúde da rede pública.





MUNICÍPIO DE FORMOSA DO OESTE

ESTADO DO PARANÁ

AV. SEVERIANO B. DOS SANTOS, 111 - CEP 85830-000 CNPJ: 76.208.495/0001-00 FONE /FAX 44 - 3526 -1122
www.formosadoeste.pr.gov.br

§ 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 físico 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 Pacientes maiores de 60 (sessenta) anos poderão viajar com acompanhante, em conformidade com a legislação em vigor que assegura o direito a acompanhante, inclusive durante o período de internação.

Art. 6º O Município manterá controle e registro dos deslocamentos de usuário para TFD e a documentação comprobatória das despesas, objetivando a fiscalização do Conselho Municipal de Saúde e demais órgãos de controle interno e externo.

Art. 7º O disposto no artigo acima será feito de acordo com o Manual de Regulamentação para TFD no SUS/PR, enquanto não houver Manual Municipal.

Art. 8º As despesas decorrentes desta Lei serão suportadas por contas a serem criadas no orçamento da Secretaria Municipal de Saúde.

Art. 9º Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação.

Formosa do Oeste, 22 de junho de 2023.

(assinado digitalmente)
Luiz Antonio Domingos de Aguiar
Prefeito Municipal





MUNICÍPIO DE FORMOSA DO OESTE

ESTADO DO PARANÁ

AV. SEVERIANO B. DOS SANTOS, 111 - CEP 85830-000 CNPJ: 76.208.495/0001-00 FONE /FAX 44 - 3526 -1122
www.formosadooeste.pr.gov.br

ANEXO I

SUS-SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Secretaria de Municipal da Saúde

TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO

LAUDO MÉDICO

Paciente:

Nome: _____
_____ Data de Nascimento: ____/____/____

Sexo: _____

Cidade de Origem: _____

Estado: _____

_____ Regional de Saúde:

Local de Encaminhamento: _____

Motivo do Encaminhamento:

Nome do Médico: _____

CRM: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Carimbo de Assinatura: _____





MUNICÍPIO DE FORMOSA DO OESTE

ESTADO DO PARANÁ

AV. SEVERIANO B. DOS SANTOS, 111 - CEP 85830-000 CNPJ: 76.208.495/0001-00 FONE /FAX 44 - 3526 -1122
www.formosadoeste.pr.gov.br

ANEXO II

RELATÓRIO DE ENCAMINHAMENTO PARA TRATAMENTO FORA DO MUNICIPIO

RELATÓRIO DE ENCAMINHAMENTO PARA TRATAMENTO FORA DO MUNICIPIO

Nome do Paciente	Data	Destino	Especialidade	DESPESA				Acompanhante	
				Valor da Passagem	Nº de Diárias	Valor das Diárias	Despesa Total	S	N
Total de Pacientes									
Data e Assinatura									

Assinado por 1 pessoa: LUIZ ANTONIO DOMINGOS AGUIAR. Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://formosadoeste.1doc.com.br/verificacao/C269-FE9F-6FD3-103D e informe o código C269-FE9F-6FD3-103D





VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: C269-FE9F-6FD3-103D

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

- ✓ LUIZ ANTONIO DOMINGOS AGUIAR (CPF 870.XXX.XXX-20) em 22/06/2023 08:22:32 (GMT-03:00)
Papel: Assinante
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://formosadooeste.1doc.com.br/verificacao/C269-FE9F-6FD3-103D>