

LEI Nº 3.112, de 16 de agosto de 2.022.

EMENTA: Institui e Regulamenta o Tratamento Fora de Domicílio - TDF no âmbito do Município de Cambé.

A CÂMARA MUNICIPAL DE CAMBÉ, ESTADO DO PARANÁ, APROVOU, E EU, PREFEITO MUNICIPAL, SANCIONO A SEGUINTE LEI:

Art.1º O Município de Cambé, Estado do Paraná, institui e regulamenta a concessão de ajuda de custo para custeio de despesas relativas ao deslocamento dos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS para Tratamento Fora de Domicílio - TFD.

Art. 2º As despesas permitidas pelo Tratamento Fora de Domicílio - TFD são aquelas relativas ao transporte, diárias para alimentação e pernoite para paciente e acompanhante, se este se fizer necessário, devendo ser autorizadas de acordo com a disponibilidade orçamentária do Município.

§1º O pagamento das despesas relativas ao deslocamento em Tratamento Fora de Domicílio - TFD só será permitido quando esgotados todos os meios de tratamento no Município.

§2º O Tratamento Fora de Domicílio - TFD será concedido, exclusivamente, a pacientes atendidos na rede pública ou conveniada/contratada do Sistema Único de Saúde - SUS.

§3º O Tratamento Fora de Domicílio - TFD só será autorizado quando houver garantia de atendimento no Município de referência com horário e data definidos previamente.

§4º O Tratamento Fora de Domicílio - TFD será autorizado mediante aprovação por Comissão Especial de Análise, instituída para este fim, e cuja composição deverá conter, dentre outros, 01 (um) profissional médico e 01 (um) profissional assistente social.

§5º As despesas decorrentes da concessão de ajuda de custo para o Tratamento Fora de Domicílio - TFD serão custeadas pelas Secretaria de Estado da Saúde do

Paraná quando interestadual e pela Secretaria Municipal de Saúde quando intermunicipal.

§6º Será concedido transporte, diária para alimentação e pernoite ao visitante de pacientes psiquiátricos, internados em instituições para tal fim, conforme justificativa médica e avaliação da Comissão Especial de Análise.

Art. 3º Fica vedado o custeio do Tratamento Fora de Domicílio - TFD:

- I. para tratamentos que utilizem procedimentos assistenciais contidos no Piso da Atenção Básica - PAB;
- II. para pagamento de diárias a pacientes durante o tempo em que permaneçam hospitalizados no Município de referência;
- III. quando o deslocamento for inferior a 50 km (cinquenta quilômetros) de distância do Município de Cambé;
- IV. para custeio de despesa de acompanhante quando não houver indicação médica;
- V. para procedimentos não constantes na Tabela SIA e SIH/SUS;
- VI. quando houver fornecimento gratuito de transporte, alimentação e/ou hospedagem ao paciente e seu acompanhante pelo gestor municipal ou estadual ou por entidades de apoio, salvo indicação médica em contrário; e
- VII. outros casos previstos em leis, regulamentos ou recomendações do Ministério Público.

Art. 4º A solicitação de Tratamento Fora de Domicílio - TFD deverá ser feita pelo médico assistente do paciente nas unidades assistenciais vinculadas ao Sistema Único de Saúde - SUS, ser protocolada junto à Secretaria Municipal de Saúde e autorizada pela Comissão Especial de Análise, que solicitará, se necessário, exames ou documentos que complementem a análise de cada caso.

Parágrafo único. A Secretaria Municipal de Saúde deverá proceder o cadastramento/recadastramento das unidades autorizadas a solicitarem o Tratamento Fora de Domicílio - TFD.

Art. 5º Para garantia do atendimento previsto nesta Lei, o paciente ou seu responsável legal deverá apresentar à Secretaria Municipal de Saúde, com antecedência mínima de 15 (quinze) dias, ressalvadas situações de urgência, os seguintes documentos:

- I. laudo médico (Anexo I);
- II. formulário de solicitação de Tratamento Fora de Domicílio - TFD (Anexo II), devidamente preenchido, no qual deverá constar a situação clínica do paciente, bem como a necessidade de realizar tratamento em serviço fora do local de residência e a indicação da necessidade ou não de acompanhante;
- III. cópia de exames diagnósticos, se houver;
- IV. documentos pessoais do paciente e acompanhante, se houver, sendo: cópia da Carteira de Identidade (RG) ou Certidão de Nascimento, no caso de paciente menor de idade; cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF); Cartão Nacional de Saúde; e comprovante de residência;
- V. dados bancários em nome do usuário ou de seu responsável legal;
- VI. comprovante do agendamento do atendimento a ser realizado;
- VII. laudo de emissão de Autorização Para Procedimento de Alta Complexidade - APAC, quando necessário;
- VIII. termo de compromisso de prestação de contas e/ou devolução dos valores recebidos para o Tratamento Fora de Domicílio - TFD, devidamente assinado pelo usuário ou por seu responsável legal.

Art. 6º Será permitido o pagamento de despesas para deslocamento de acompanhante nos casos em que houver indicação médica, esclarecendo o porquê da impossibilidade do paciente se deslocar desacompanhado.

§1º Será autorizado apenas 01 (um) acompanhante, maior de 18 (dezoito) anos, capacitado física e mentalmente, parente ou responsável legal do paciente, não podendo o mesmo residir no município de referência.

§2º No caso de paciente lactente menor de 01 (um) ano em que a mãe seja deficiente física ou mental, com incapacidade de expressão ou compreensão, será considerada a liberação de um segundo acompanhante.

§3º Pacientes com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos terão direito a 01 (um) acompanhante, observado o disposto no parágrafo único do art. 16 da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 - Estatuto do Idoso.

§4º Os casos omissos serão avaliados pela Comissão Especial de Análise responsável pelo Tratamento Fora de Domicílio - TFD.

Art. 7º Ficam estabelecidos os valores para o Tratamento Fora de Domicílio - TFD:

- I. o valor do transporte corresponderá ao custo da passagem em classe/tarifa econômica do transporte coletivo a ser utilizado;
- II. o valor da diária para alimentação quando não ocorrer pernoite fora do domicílio será de R\$ 30,00 (trinta reais), por pessoa;
- III. o valor da diária completa, para alimentação e pernoite, será de R\$ 140,00 (cento e quarenta reais), por pessoa.

§1º O pagamento da ajuda de custo será efetuado por adiantamento, mediante depósito em conta bancária em nome do usuário ou de seu responsável legal.

§2º Caso o usuário ou seu responsável legal não tenham conta bancária, o valor poderá ser depositado em conta de terceiro expressamente indicado pelos mesmos, caso em que o terceiro assumirá solidariamente a responsabilidade de prestar contas e/ou devolver valores recebidos.

§3º Quando o paciente/acompanhante retornar ao Município no mesmo dia serão autorizadas apenas despesas de transporte e diária para alimentação.

§4º Os valores previstos nos incisos II e III do *caput* serão reajustados por meio de Decreto do Poder Executivo Municipal.

Art. 8º Concluído o tratamento, o paciente e acompanhante retornarão ao Município de imediato e deverão protocolar o relatório de alta, declaração de comparecimento e demais documentos solicitados pela Secretaria Municipal de Saúde, dentro do prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados a partir de seu efetivo retorno, sob pena de inscrição em dívida ativa e cobrança na forma da lei.

§1º A falta de prestação de contas por parte do usuário dentro do prazo estabelecido implica na suspensão de novos benefícios para o Tratamento Fora de Domicílio - TFD.

§2º Os valores financeiros recebidos sem as respectivas prestações de contas deverão ser devolvidos aos cofres municipais.

§3º A devolução deverá ser realizada por meio de depósito em conta da Prefeitura de Cambé, e o recibo da devolução deverá ser encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde.

Art. 9º Na impossibilidade de se realizar o Tratamento Fora de Domicílio - TFD, o usuário ou seu responsável legal deverá devolver os valores recebidos, no prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis, contados da data em que deveria ocorrer o atendimento ou da solicitação da Secretaria Municipal de Saúde, o que ocorrer primeiro, na forma definida no artigo 8º, §3º desta Lei.

Art. 10. O Município não se responsabilizará pelo pagamento das despesas com o Tratamento Fora de Domicílio - TFD quando o paciente/acompanhante se deslocar por conta própria ou quando permanecer no local de destino por período maior do que o autorizado, exceto nos casos de prorrogação do tratamento devidamente justificado pelo médico.

Art. 11. Os comprovantes das despesas relativas ao Tratamento Fora de Domicílio - TFD deverão ser organizados e disponibilizados aos órgãos de controle do Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 12. A Secretaria Municipal de Saúde deverá organizar o controle e avaliação do Tratamento Fora de Domicílio - TFD, de modo a manter disponível a documentação comprobatória das despesas, de acordo com o Manual Estadual de TFD.

Art. 13. Em caso de óbito do paciente e/ou do acompanhante durante o Tratamento Fora de Domicílio - TFD, a Secretaria Municipal de Saúde se responsabilizará pelas despesas decorrentes do preparo e remoção do corpo para o Município, por meios próprios ou por solicitação de ressarcimento com apresentação dos devidos comprovantes.

Art. 14. A referência de pacientes a serem atendidos pelo Tratamento Fora de Domicílio - TFD deverá ser explicitada no Plano Diretor de Regionalização - PDR.

Art. 15. As despesas decorrentes desta Lei correrão à conta das dotações orçamentárias próprias consignadas no orçamento.

Art. 16. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

EDIFÍCIO DA PREFEITURA MUNICIPAL DE
CAMBÉ, aos 16 de agosto de 2.022.


Conrado Angelo Scheller
Prefeito Municipal

PUBLICADO NO JORNAL

Oficial do Município de Cambé

Nº 1138 pág 01 de 16 / 08 / 2022



Prefeitura Municipal de Cambé

Gabinete do Prefeito

ANEXO I

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Secretaria Municipal de 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 e diagnóstico do paciente:

Nome do Médico: _____

CRM: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Carimbo de Assinatura: _____



Prefeitura Municipal de Cambé

Gabinete do Prefeito

Anexo II

GUIA DE SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO

Secretaria Municipal de Saúde

Sistema único de SAÚDE-SUS

GUIA DE SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO

Nome do Paciente:

Endereço:

Documento de Identidade:

Tipo:

Cidade:

Estado:

C.E.P:

Telefone:

Profissão:

Data de Nascimento: ___/___/___

Nome do Acompanhante:

Documento de Identidade:

Tipo:

Relação com o Paciente:

Primeiro Encaminhamento: () SIM () NÃO

Retorno: () SIM () NÃO



Prefeitura Municipal de Cambé

Gabinete do Prefeito

DADOS MÉDICOS:

Preenchimento Obrigatório de Todos os Campos- LETRA LEGÍVEL

1-Histórico da Doença Atual:

2-Exame Físico:

3-Diagnóstico Provável:

4- CID:

5-Exame(s) Complementar(es) Realizado(s):

Anexar Cópias

6-Tratamento(s) Realizado(s):

7-Tratamento(s)/Exame(s) Indicado(s):



Prefeitura Municipal de Cambé

Gabinete do Prefeito

8-Duração Provável do Tratamento:

10-Citar razões que impossibilitam a realização do Tratamento/Exame na Cidade/Estado de origem.

11-Justificar em caso de necessidade de encaminhamento urgente:

12-Necessidade de Acompanhante: ()SIM ()NÃO

Justificar, em caso positivo, dentro das normas explicitadas no Manual de TFD

13-Tipo de Transporte recomendável

Justificar, em caso positivo, dentro das normas do Manual de TFD

Paciente: () deambula

() cadeira de rodas

() maca

() uso de equipamentos, respiradores, monitores cardíacos, etc

() TERRESTRE

TIPO: () Ônibus Convencional

() Ônibus leito

() Ambulância

() UTI móvel

() Automóvel

() AÉREO



Prefeitura Municipal de Cambé

Gabinete do Prefeito

Justificar como também, em casos especiais de cuidados necessários durante viagem terrestre (ônibus ou avião), enviar comunicado técnico para as respectivas Companhias solicitando atenção especial e/ou cuidados, alimentação adequada e etc.

Observar normas do Manual do TFD

Local/Data:

Nome do Médico Assistente:

Endereço:

Telefone para Contato:

Assinatura e Carimbo

Campos de preenchimento obrigatório

AUTORIZAÇÃO DO TFD

Aprovação do Gestor Local (SMS ou Regional de Saúde)

Encaminhado a:



Prefeitura Municipal de Cambé

Gabinete do Prefeito

Local/Data _____

Nome: _____

Assinatura do Médico/Carimbo: _____

Necessidade de retorno: () SIM () NÃO

Data provável do retorno: ___/___/___

Local _____

DATA ___/___/___

Assinatura e Carimbo do Responsável _____