

LEI MUNICIPAL N. 3642
PROJETO DE LEI Nº 3844

DISPÕE SOBRE A FORMA DE ATENDIMENTO A
PACIENTES ATRAVÉS DO SISTEMA DE TRATAMENTO
FORA DE DOMICÍLIO - T.F.D. E DÁ OUTRAS
PROVIDÊNCIAS.

O Povo do Município de São Sebastião do Paraíso, Estado de Minas Gerais, por seus representantes na Câmara Municipal, e em conformidade com o disposto na Constituição Federal, bem como na Lei Orgânica da Saúde nº 8080, de 19/09/1990, na Portaria SAS/MS nº 55/MS de 24/02/1999, e inciso IV do artigo 15 da Lei Federal nº 8.742/93 - Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) , aprovou e eu, em seu nome, sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º - O atendimento à Saúde pelo sistema “SUS”, fora do Município de São Sebastião do Paraíso, prestado através da Secretaria Municipal de Saúde e Ação Social em complementando as ações do Estado e da União, far-se-á conforme esta Lei.

Art. 2º - O Tratamento Fora do Domicílio – TFD, assim entendido como o transporte de usuários do SUS, bem como os deslocamentos necessários para a realização de consultas, exames ou tratamentos ainda não disponibilizados no âmbito deste Município, deverá ser solicitado com antecedência mínima de 05 (cinco) dias pelos pacientes e/ou responsáveis, mediante formulário específico, acompanhado de requisição médica e documentos de identificação, que será encaminhado à Diretoria de Saúde e Ação Social para análise e avaliação, decidindo esta sobre a necessidade do deslocamento do paciente, indicando o melhor meio de transporte para o mesmo e a conveniência ou não de acompanhante, de acordo com as recomendações médicas indicadas.

§ 1º - Caberá ainda à Secretaria Municipal de Saúde e Ação Social providenciar o atendimento do paciente, inclusive com acompanhante, havendo necessidade e confirmar data da consulta ou de sua internação, caso necessário.

§ 2º- Caberá à Regulação, Controle e Avaliação, os monitoramentos das evoluções dos TFDs dos pacientes e de seus acompanhantes, que deverão ser reavaliados a cada seis meses, sendo instruídos com laudo médico e parecer social técnico.

Art. 3º - O Município poderá, sendo necessário, fornecer às suas expensas, tanto veículo, ambulância e/ou as passagens necessárias ao deslocamento do paciente e de seu acompanhante, desde que comprovado que o mesmo não possui condições financeiras, para arcar com as despesas de transporte quando o tratamento a ser realizado for prestado pelo sistema “SUS”.

§ 1º - Os casos emergenciais de deslocamento para internação, cujas providências tenham que ser tomadas fora do expediente das repartições públicas municipais, poderão, de pronto e previamente, ser autorizados pelo gestor da Diretoria de Saúde e Ação Social.

§ 2º – VETADO.

§ 3º - O transporte deverá ser providenciado em veículos devidamente equipados às condições de saúde dos pacientes conforme recomendação do médico assistente.

Art. 4º - Para efeito do que dispõe o “caput” do artigo anterior, caberá à

Secretaria de Saúde e Ação Social, por meio da Assistente Social, após receber o pedido de TFD, autorizado por uma Comissão Municipal responsável pelo TFD, que deverá ser composta pelo Secretário Municipal de Saúde e Ação Social, um Médico, um (a) Assistente Social e um funcionário responsável pelo TFD, procederá à avaliação social do paciente, coordenando e autorizando o deslocamento do paciente e seu acompanhante, se indispensável, através de carro ou ambulância, bem como liberar recursos e/ou passagens rodoviárias, de ida e volta.

§ 1º – 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.

§ 2º - O acompanhante deverá ser maior de 18 (dezoito anos, documentado e capacitado físico/mental e não residir no local de destino.

§ 3º - Fica garantido acompanhantes para pacientes com idade superior a 60 (sessenta) anos de idade.

§ 4º - Quando o paciente/acompanhante retornar ao Município de origem no mesmo dia, serão autorizados apenas deslocamento e ajuda de custo para alimentação.

Art. 5º - O Tratamento Fora do Domicílio só será autorizado para tratamento ambulatorial e quando houver garantia de atendimento no Município/Estado de referência, restringindo-se aos casos de absoluta excepcionalidade, verificada a inexistência de tratamento no Município ou nas Unidades de Referência do Estado de Minas Gerais.

Parágrafo único – Para todo deslocamento do paciente deverá ser fornecido relatório de atendimento.

Art. 6º – Fica vedado o pagamento de TFD em deslocamentos menores do que 50 Km de distância do Município.

Parágrafo único – Os serviços de transporte de pacientes previstos nesta lei, poderão, excepcionalmente ser terceirizados, mediante prévia licitação.

Art. 7º- O pagamento das despesas relativas ao deslocamento do TFD só será permitido, quando esgotados todos os meios de tratamento no próprio Município.

Art. 8º – O Tratamento Fora do Domicílio não abrange o pagamento de passagens e diárias quando o usuário se deslocar por conta própria ou quando permanecer no local de destino, por um período maior que o autorizado por recomendação médica.

Art. 9º – O paciente ou responsável, tão logo retorne ao Município, terá um prazo de 03 (três) dias úteis para encaminhar os comprovantes de passagens e o relatório de atendimento médico à Diretoria de Saúde e Ação Social deste Município.

Art. 10º – A referência de pacientes a serem atendidos pelo TFD deve ser solicitada e encaminhada originariamente pelo sistema público municipal de saúde.

Art. 11º – Os critérios para solicitar o tratamento fora do domicílio e mesmo o transporte, como os formulários, constam no anexo I desta Lei

Art. 12º - A presente Lei poderá ser regulamentada pelo Chefe do Executivo Municipal.

Art. 13º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Prefeitura Municipal de São Sebastião do Paraíso, 13 de abril de 2010.

MAURO LUCIO DA CUNHA ZANIN
Prefeito Municipal

ANEXO I DA LEI 3642

CRITÉRIOS DE ATENDIMENTO PARA TRATAMENTO DE SAÚDE FORA DO DOMICÍLIO
(TFD)

Ser cadastrado(a) no serviço de Controle e Avaliação:

- Documentos (fotocópia) : - CPF/RG,
- Cartão Nacional do SUS,
- Comprovante de residência ,
- TFD preenchida ou relatório médico com durabilidade do tratamento.

Priorizar pacientes com baixa renda per capita, atendendo ao princípio da equidade.

Agendar viagem, se possível com antecedência de 05 dias da consulta, com exceção de alguns casos, que demandam Parecer Social Técnico. Se necessário acompanhante, apresentar fotocópia da cédula de identidade.

Referenciar TFD no Município, tanto para o paciente, quanto para a localidade que faz seguimento através da Regulação Controle, Avaliação e Auditoria.

Fornecer para o paciente com TFD que tiver condições de locomoção (e/ou ser encaminhado pela Secretaria Municipal de Saúde de S. S. Paraiso) passagens de ônibus rodoviário comum. Aqueles pacientes com estado de saúde mais graves, discriminado em laudo médico e parecer social,deverão solicitar ambulância municipal e/ou equivalente.

A cada 06 meses, os atendimentos com TFD, deverão ser reavaliados e instruídos com Laudo Médico e Parecer Social Técnico para continuidade do tratamento.

Paciente de operadoras de serviços de saúde e consultório particular terá acesso ao transporte do município, quando solicitado e avaliado pelo Controle e Avaliação.

O paciente com destino a Belo Horizonte, Campinas, São Paulo, Ribeirão Preto e Passos, será avaliado,através de Parecer Social Técnico, inclusive sobre a necessidade ou não de acompanhante. Não havendo disponibilidade de veículos para transporte do mesmo, este será encaminhado para o transporte intermunicipal ou interestadual, com o fornecimento de passagens.

FORMULÁRIOS:

Ao

Gestor de Saúde de São Sebastião do Paraíso, MG:

Solicito atendimento de TFD – Tratamento Fora do Domicílio, para acesso ao meu tratamento, dentro das possibilidades do Sistema Único de Saúde do Município de São Sebastião do Paraíso, estando sujeito a interrupção em decorrência da falta de recursos orçamentários.

_____ / ____ /de _____ de _____

Assinatura legível do (a) paciente ou responsável

CADASTRO SOCIAL

DADOS DO PACIENTE

| | | | | |
|---|--|--------------------------------------|----------------------------|------------------|
| 01 - Nº DO PROTOCOLO _____/_____ 03 - NOME _____ | DATA ____/____/____ 05 - DATA DE NASCIMENTO ____/____/____ 08 - NOME DA MÃE _____ | 02 - CPF _____ | 06 - NATURALIDADE _____ | 07 - UF _____ |
| 04 - SEXO ()F ()M 09 - ENDEREÇO COMPLETO _____ | 10 - BAIRRO _____ | 11 - CEP _____ | 12 - MUNICÍPIO _____ | 13 - UF _____ |
| 14 - TELEFONE () _____ | 15 - NOME COMPLETO _____ | 16 - CARTÃO NACIONAL DO SUS _____ | | |

ASSISTÊNCIA MÉDICA

17 – UNIDADE

() PRONTO SOCORRO () UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

QUAL?

() AMBULATÓRIO MUNICIPAL () CONVÊNIO QUAL? _____

18 – TEMPO DE TRATAMENTO NO SEU MUNICÍPIO _____

ONDE? _____ COM QUEM? _____

19 – USO DE MEDICAMENTO? _____

QUAIS? _____

COMPOSIÇÃO FAMILIAR

| NOME | SEXO | PARENTESCO | IDADE | ESTADO CIVIL | GRAU DE INSTRUÇÃO | OCUPAÇÃO | SALÁRIO |
|------|------|------------|-------|--------------|-------------------|----------|---------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

DADOS DA TFD

DATA: ____/____/____ PATOLOGIA: _____

MÉDICO: _____ ESPECIALISTA: _____

–

ENCAMINHADO PARA DRS/PASSOS

EM: _____

OBSERVAÇÕES:

FLUXO DO PACIENTE

1º – Passo – Apresentar solicitação de profissional médico de atendimento SUS, não disponível no município de São Sebastião do Paraíso;

2º – Comparecer na Gerência de Regulação para preenchimento dos formulário de TFD, ou ser cadastrado no SUSFácil, ou outro meio de encaminhamento;

3º – Após garantida a vaga (agendado), o usuário deverá agendar o transporte ou receber passagens, após o parecer social;

4º – Dado início ao tratamento, o usuário deverá comparecer na Regulação para agendamento de transporte para seu retorno com antecedência máxima de 05 dias;

Em caso de necessidade de retorno no dia seguinte, o paciente deverá apresentar a solicitação feita pelo médico do local de tratamento com justificativa.