



# MUNICÍPIO DE SAGRES

C.N.P.J.: 53.310.793/0001-01



## DECRETO Nº 061/2022

- DE 10 DE OUTUBRO DE 2.022 -

(Que estabelece valores e regras para solicitação do auxílio TFD em regulamentação a Lei 32/2022).

**Roberto Batista Pires, Prefeito do Município de SAGRES, Estado de São Paulo,**  
usando das atribuições que lhe são conferidas por Lei

### DECRETA:

**Art.1º** - Para garantia do atendimento previsto nesta Lei32/2022, o paciente ou seu responsável deverá apresentar à Secretaria Municipal de Saúde, com antecedência mínima de dois dias úteis, ressalvadas situações de urgência:

1. - laudo médico com indicação de tratamento fora de domicílio - TFD, no qual deverá constar a situação clínica do paciente, bem como a necessidade deste de realizar tratamento em serviço fora do local de residência e a indicação da necessidade ou não de acompanhante;
2. - formulário de solicitação do auxílio constante do ANEXO I, devidamente preenchido; e
3. - cópias dos exames diagnósticos comprovando que houve intenção de realizar e foram esgotadas as possibilidades de atendimento.

**Art.2º** - Para efeito da garantia de transporte, alimentação e hospedagem para o acompanhante do paciente, o médico deverá justificar a necessidade de acompanhamento no formulário próprio de TFD.

§ 1º Será autorizado apenas 01 (um) acompanhante maior de 18 (dezoito) anos, capacitado física e mentalmente, parente ou responsável legal pelo paciente.

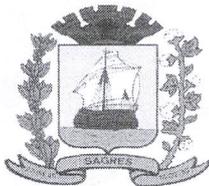
§ 2º Casos omissos serão avaliados pelo setor de Saúde responsável pelo TFD.

§ 3º 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 física 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.

§ 4º 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.

**Art.3º** -Os valores a serem liberados serão conforme trajeto, constantes da tabela abaixo:

| Destino    | Distância | Valor do Auxilio S/Pernoite |
|------------|-----------|-----------------------------|
| Jaú        |           | R\$ 50,00                   |
| Barretos   |           | R\$ 50,00                   |
| Indaiatuba |           | R\$ 70,00                   |



# MUNICÍPIO DE SAGRES

C.N.P.J.: 53.310.793/0001-01



|                 |  |           |
|-----------------|--|-----------|
| Campinas        |  | R\$ 70,00 |
| São Paulo       |  | R\$ 70,00 |
| Outros destinos |  | R\$ 70,00 |

**Art. 4º** - O pagamento do auxílio TFD será realizado mediante depósito em conta bancária em nome do paciente ou do seu representante legal, ou através de repasse direto em dinheiro realizado pelo setor de saúde mediante emissão de recibo e registro em planilha.

**Art.5º** - 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.

**Art. 6º** - O município manterá controle e registro dos deslocamentos de usuários, mediante planilhas de controle, objetivando a fiscalização do Conselho Municipal de Saúde e demais órgãos de controle interno e externo.

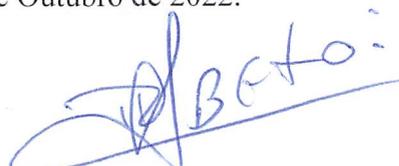
**Parágrafo único.** O município deverá arquivar os processos de solicitação e pagamentos dos auxílios TFD para fins de controle interno e externo.

**Art.7º** - 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.

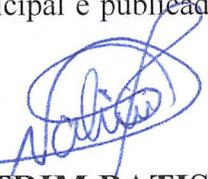
**Parágrafo único.** Quando o paciente e ou acompanhante retornar ao município de Sagres - SP, no mesmo dia, serão custeadas apenas despesas de transporte e alimentação, caso estes não possam ser fornecidos gratuitamente seja pelo município, por entidade de apoio ou pelo próprio hospital.

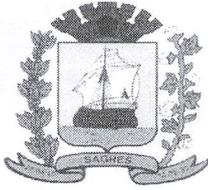
**Art. 8º** -Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação, ficando revogadas as disposições em contrário.

Município de Sagres, em 10 de Outubro de 2022.

  
**ROBERTO BATISTA PIRES**  
PREFEITO

Registrado nesta repartição da Administração Municipal e publicado por afixação em lugar publico e de costume.

  
**VALMIR COTRIM BATISTA**  
Auxiliar Administrativo



# MUNICÍPIO DE SAGRES

C.N.P.J.: 53.310.793/0001-01



## ANEXO I

### SOLICITAÇÃO DE TFD

| MUNICÍPIO DE ORIGEM:   |  |                          |   | REGIONAL DE SAÚDE: |                                      |       |     |
|--|--|--------------------------|---|--------------------|--------------------------------------|-------|-----|
| Nº Cartão do SUS:  |  |                          |   | PEDIDO Nº          |                                      | DATA: |     |
| Nome Paciente:   |  |                          | Nome da Mãe:                                  |                    |                                      |       |     |
| Data de Nascimento:<br>____/____/____  |  | Idade:                   | Município de Nascimento:                      |                    |                                      | UF:   |     |
| Sexo:  |  | Altura:<br>(centímetros) |   | Peso: (gramas)     |                                      |       |     |
| Endereço:  |  |                          |   | N °                | Bairro                               |       |     |
| Município:   |  |                          | Compl:  |                    | CEP:                                 |       | UF: |
| E-mail:  |  |                          | Telefone:                                     |                    | Telefone Celular:                    |       |     |
| Identidade:  |  | Órgão Emissor:           |   |                    | Data da Expedição:<br>____/____/____ |       |     |
| CPF:   |  |                          | Certidão de Nascimento/rg/cnh: (Anexar Cópia) |                    |                                      |       |     |
| TIPO DE TRATAMENTO: _____ (Anexar comprovantes)  |  |                          |   |                    |                                      |       |     |
| TFD MUNICIPAL JUSTIFICATIVA:<br>Secretaria Municipal de Saúde ou Coordenadoria de Saúde  |  |                          |   |                    |                                      |       |     |
| PARECER DA SETOR DE SAÚDE:   |  |                          |   |                    |                                      |       |     |
| NEGADO JUSTIFIQUE:   |  |                          |   |                    |                                      |       |     |
| AUTORIZADO INCONCLUSIVO_ OBS: em caso de reavaliação do processo, utilizar verso do pedido.<br>Comissão TÉCNICA/Data<br>Servidor/Carimbo/Matricula |  |                          |   |                    |                                      |       |     |

- Este modelo poderá ser substituído por modelo informatizado desde que tenha os dados mínimos e assinatura dos responsáveis pela Unidade de Saúde.





# MUNICÍPIO DE SAGRES

C.N.P.J.: 53.310.793/0001-01



## ANEXO III - PLANILHA DE PAGAMENTO DO AUXÍLIO TFD A PACIENTES

PERÍODO/MÊS:

| NOME DO PACIENTE/ACOMPANHANTE | DIA | CPF | DESTINO | VALOR | ASSINATURA DO PACIENTE |
|-------------------------------|-----|-----|---------|-------|------------------------|
|                               |     |     |         |       |                        |
|                               |     |     |         |       |                        |
|                               |     |     |         |       |                        |
|                               |     |     |         |       |                        |
|                               |     |     |         |       |                        |
|                               |     |     |         |       |                        |
|                               |     |     |         |       |                        |
|                               |     |     |         |       |                        |
|                               |     |     |         |       |                        |



# MUNICÍPIO DE SAGRES

C.N.P.J.: 53.310.793/0001-01



## RECIBO

|                         |   |
|-------------------------|---|
| Destino:                |   |
| Orgão Pagador:          | Município de Sagres-Secretaria de Saúde |
| Valor recebido:         | R\$                                     |
| Data de recebimento:    |   |
| Cidade:                 | Sagres/Secretaria de Saúde              |
| Nome do Paciente:       |   |
| CPF/CNPJ:               |   |
| Recibo referente a:     | pagto de auxilio tfd                    |
| Assinatura do Paciente: |   |