



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARINOS

RUA FRANCISCO PEREIRA N.º 2.231 - CENTRO

CEP – 38.680.000 – ARINOS-MG

CNPJ: 18.125.120/0001-80



LEI Nº 1.812 DE 07 DE JULHO DE 2025

Institui e regulamenta o Tratamento Fora do Domicílio - TFD no âmbito do Município de Arinos e dá outras providências.

O PREFEITO DO MUNICÍPIO DE ARINOS, Estado de Minas Gerais, no uso da atribuição que lhe confere o artigo 85, inciso IV, da Lei Orgânica do Município, faz saber que a Câmara Municipal de Arinos decreta e ele, em seu nome, sanciona e promulga a seguinte Lei:

CAPÍTULO I DO TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO

Seção I Disposições gerais

Art. 1º Fica adotado, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Arinos, o Sistema de Tratamento Fora do Domicílio – TFD, que consiste no atendimento médico-hospitalar ao usuário do SUS, quando esgotados todos os meios de tratamento no Município de Arinos, atestado mediante laudo do médico assistente.

§ 1º O benefício de que trata o *caput* deste artigo tem por finalidade o fornecimento de ajuda de custo e passagens para deslocamento exclusivamente dos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS e, se necessário e devidamente justificado, de seus acompanhantes, para a realização de atendimento de saúde especializado em média e alta complexidade.

§ 2º O reconhecimento para a concessão de TFD, devido ao usuário do SUS-Arinos, é feito através de Comissão para este fim, indicada e nomeada pelo Prefeito Municipal.

Seção II Da Comissão Municipal de Avaliação de Tratamento Fora Domicílio – TFD

Art. 2º Fica criada a Comissão Municipal de Avaliação de Tratamento fora do domicílio – TFD no âmbito do Município de Arinos.

Art. 3º A Comissão Municipal de Avaliação de Tratamento Fora do Domicílio – TFD será composta pelos seguintes membros:

I – 1 (um) membro do Conselho Municipal de Saúde;

II – 1 (um) médico;

III – 1 (um) assistente social;



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARINOS

RUA FRANCISCO PEREIRA N.º 2.231 - CENTRO

CEP – 38.680.000 – ARINOS-MG

CNPJ: 18.125.120/0001-80



IV – 1 (um) enfermeiro; e

V – 1 (um) servidor responsável pelo setor de TFD.

Art. 4º É competência da Comissão Municipal de Avaliação de Tratamento Fora do Domicílio – TFD autorizar pagamentos de acordo com o teto e disponibilidade financeira.

Parágrafo único. A Comissão autorizadora de TFD poderá solicitar outros exames ou documentos que considerar importantes para análise do caso, com a finalidade de adoção das providências relativas ao deslocamento e ao atendimento médico-hospitalar fora do domicílio.

Art. 5º É vedada a concessão de ajuda de custo ao paciente ou acompanhante, nos seguintes casos:

I – quando houver fornecimento gratuito de transporte, alimentação e hospedagem ao paciente e seu acompanhante, seja por entidades de apoio ou por custeio direto do Município de Arinos;

II – quando o paciente permanecer hospitalizado no município de referência, em relação à concessão de diárias para alimentação e pernoite;

III – em deslocamentos cuja distância seja igual ou inferior a 50 km (cinquenta quilômetros) do Município de Arinos;

IV – nos tratamentos que utilizem procedimentos assistenciais contidos no Piso da Atenção Básica (PAB);

V – nos demais casos previstos em lei, regulamento ou recomendações do Ministério Público;

VI – quando houver despesas adicionais decorrentes de deslocamento indevido; e

VII – quando o paciente ou acompanhante permanecer no local de destino por período superior ao autorizado.

CAPÍTULO II DA AUTORIZAÇÃO DO TRATAMENTO FORA DOMICÍLIO – TFD

Seção I Do procedimento para autorização

Art. 6º O Tratamento Fora do Domicílio - TFD, indicado pelo médico assistente das Unidades de Saúde da rede pública ou entidades da rede privada vinculadas ao SUS, poderá



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARINOS

RUA FRANCISCO PEREIRA N.º 2.231 - CENTRO

CEP - 38.680.000 - ARINOS-MG

CNPJ: 18.125.120/0001-80



ser concedido mediante preenchimento, em 03 (três) vias, do formulário de solicitação para Tratamento Fora do Domicílio, constante do Anexo I e recibo de pagamento do Anexo II, justificando o período de permanência, necessidade de retorno, acompanhante e o tipo de transporte recomendado.

Parágrafo único. O acompanhante deverá ser maior de 18 (dezoito) anos e menor de 60(sessenta), membro da família, documentado e capacitado físico/mental e não residir no local de destino.

Art. 7º O setor responsável pelo TFD providenciará o atendimento junto ao serviço de saúde de destino, marcando a data da consulta, internação, exames especializados e retorno, conforme Anexo III.

§ 1º O TFD só será autorizado quando houver garantia de atendimento no município de referência com horário e data definido previamente.

§ 2º A referência de pacientes a serem atendidos pelo TFD deve ser explicitada na Programação Pactuada Integrada - PPI de cada município.

§ 3º As despesas permitidas pelo TFD são aquelas relativas a transporte aéreo, terrestre e fluvial; diárias para alimentação e pernoite para paciente e acompanhante, devendo ser autorizadas de acordo com a disponibilidade orçamentária do Município.

§ 4º A autorização de transporte aéreo para pacientes/acompanhantes será precedida de rigorosa análise dos gestores do SUS.

Seção II Da ajuda de custeio

Art. 8º O valor a ser concedido ao paciente/acompanhante, a título de ajuda de custeio, é calculado com base nos valores previstos no Anexo IV e de acordo com a disponibilidade orçamentária do Município.

Parágrafo único. Os valores previstos serão atualizados através de decreto do Executivo Municipal e atualizados pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor - INPC ou outro que o venha substituir.

Art. 9º As despesas permitidas pelo TFD são aquelas relativas a:

I – transporte;

II – alimentação; e

III – pernoite.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARINOS

RUA FRANCISCO PEREIRA N.º 2.231 - CENTRO

CEP – 38.680.000 – ARINOS-MG

CNPJ: 18.125.120/0001-80



§ 1º É vedado o pagamento de ajuda de custo para transporte de paciente/acompanhante quando este for disponibilizado pelo Município.

§2º Caso o paciente/acompanhante retorne ao Município de Arinos no mesmo dia da consulta/procedimento, será autorizada ajuda de custo somente para alimentação e transporte, se for o caso.

§ 3º O valor a ser pago ao paciente/acompanhante para cobrir as despesas de transporte é calculado com base no valor unitário pago a cada 50 km para transporte percorrido.

§4º Para efeito desta Lei, deve ser considerado individual o valor referente a ajuda para transporte do paciente e do acompanhante, conforme o caso.

§ 5º Na hipótese de prorrogação do tratamento, devidamente justificado por laudo médico, o paciente fará jus ao reembolso de despesas pelo período excedente, observado o *caput* deste artigo.

CAPÍTULO III DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 10. A Comissão Municipal de Avaliação de Tratamento Fora Domicílio – TFD poderá autorizar ajuda de custo fora do Estado de Minas Gerais, restringindo-se aos casos de absoluta excepcionalidade ou quando esgotarem todos os recursos dentro do Estado.

Art. 11. O Setor responsável pelo TFD deverá organizar o controle e avaliação da ajuda de custo concedida a cada paciente, mantendo disponível e organizada a documentação comprobatória das despesas comprovadas.

Art. 12. A definição dos valores e reajustes a título de ajuda de custo em TFD, bem como as regras para requisição, execução, prestação de contas, devolução de recursos, entre outros, serão definidas através de regulamento específico editado pelo Poder Executivo Municipal e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde – CMS.

Parágrafo único. Os valores a serem pagos a título de ajuda de custo em TFD não poderão ser inferiores aos valores de referência estabelecidos pelo Ministério da Saúde através da Tabela do Sistema de Gerenciamento de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (SIGTAP).

Art. 13. Os casos omissos não decididos pela Comissão Municipal de Avaliação de Tratamento Fora do Domicílio – TFD serão submetidos à apreciação do Conselho Municipal de Saúde, cujas decisões deverão ser aprovadas e publicadas através de Resolução.



Publicado no Diário da Paraíba
do Arinos-07/07/2025



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARINOS

RUA FRANCISCO PEREIRA N.º 2.231 - CENTRO

CEP - 38.680.000 - ARINOS-MG

CNPJ: 18.125.120/0001-80



ANEXO I

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARINOS

LAUDO MÉDICO DE

TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO

(LM)

ANEXO I
(ANVERSO)



ÓRGÃO EMITENTE

ANEXO AO PEDIDO Nº

SEGURADO	NOME		DOCUMENTO DE IDENTIDADE	
	RESIDÊNCIA			
PACIENTE	NOME		DOCUMENTO DE IDENTIDADE	
	RESIDÊNCIA			
	RELAÇÃO DE DEPENDÊNCIA	PROFISSÃO	DATA DE NASCIMENTO	
ACOMPANHANTE	NOME		DOCUMENTO DE IDENTIDADE	
	RESIDÊNCIA		RELAÇÃO COM O PACIENTE	
1 - Histórico da doença atual:				
2 - Exame físico				
- Diagnóstico provável:			CID	
- Exame(s) complementares) realizado(s): anexar cópias				
- Tratamento(s) realizado(s):				
- Tratamento/exame indicado:				
- Duração provável do tratamento:				



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARINOS

RUA FRANCISCO PEREIRA N.º 2.231 - CENTRO

CEP - 38.680.000 - ARINOS-MG

CNPJ: 18.125.120/0001-80



LAUDO MÉDICO – TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO

- Justificar as razões que impossibilitam a realização do tratamento/exame na localidade:

- Justificar em caso de necessidade de encaminhamento urgente:

- Justificar em caso de necessidade de acompanhante:

- Transporte recomendável, Justificar:

- Outras anotações:

.....
Local e data

.....
Médico - Assistente
Junta Médica – carimbo – CRM

PARECER DA COMISSÃO MUNICIPAL DE SAÚDE EM FACE DOS RECURSOS MÉDICOS – ASSISTENCIAIS
DO SUS EXISTENTE NESTE MUNICÍPIO

☐

AUTORIZADO

☐

NÃO AUTORIZADO

.....
Local e data

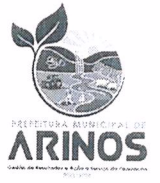
.....
Assinatura – carimbo – matrícula

Handwritten signature



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARINOS

RUA FRANCISCO PEREIRA N.º 2.231 - CENTRO
CEP - 38.680.000 - ARINOS-MG
CNPJ: 18.125.120/0001-80



ANEXO II



RECIBO DE PAGAMENTO TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO

1 - Número

2 - IDENTIDADE/CPF DO RECEBEDOR	3 - DRS	4 - CODIGO DE ORIGEM	5 - IMPORTÂNCIA TOTAL R\$
6 - DESCRIÇÃO PACIENTE: _____ ACOMPANHANTE: _____ PROCEDÊNCIA: _____			
7 - PEDIDO DO TFD Nº TRATAMENTO: _____ (ESPÉCIE) (LOCAL)			
8 - AJUDA DE CUSTO PACIENTE: ACOMPANHANTE:	9 - PERÍODO	10 - VALOR R\$	
11 - MEIO DE TRANSPORTE	12 - TRECHO	13 - VALOR R\$	
14 - AUTORIZAÇÃO _____/_____/_____ Data Assinatura do ordenador de despesa/carimbo			
15 - RECEBI A IMPORTÂNCIA ACIMA DECLARADA _____/_____/_____ Data Assinatura			

me



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARINOS

RUA FRANCISCO PEREIRA N° 2.231 - CENTRO

CEP – 38.680.000 – ARINOS-MG

CNPJ: 18.125.120/0001-80



ANEXO III



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARINOS

Relatório de Atendimento TFD

Consulta gratuita: realizada pelo SUS

01. NOME DO PACIENTE		02. TFD N°	
03. ENDEREÇO COMPLETO			
04. UNIDADE ASSISTENCIAL			
05. MUNICÍPIO DE DESTINO		06. DATA / /	07. HORA
08. TRATAMENTO REALIZADO			
09. CID	10. NOME DO(A) RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO		
ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL			
11. NECESSITA DE COMPLEMENTAÇÃO DE TRATAMENTO:			
() NESTA UNIDADE () SIM () NÃO () NO ÓRGÃO DE ORIGEM () SIM () NÃO			
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESP.			
12. RETORNO () SIM () NÃO		DATA: / /	
JUSTIFICAR O RETORNO			

11/11/2025 00003761468988 MUNICÍPIO

10

