LEI Nº 2.912, DE 16 DE JULHO DE 2025.

Institui o auxílio financeiro a pacientes e acompanhantes para custeio de hospedagem nos casos de Tratamento Fora do Domicílio - TFD.

O **PREFEITO MUNICIPAL DE SÃO LOURENÇO DO OESTE**, Estado de Santa Catarina, no uso das atribuições que lhe confere a Lei Orgânica do Município, **faz saber** que a Câmara de Vereadores aprovou e este sanciona a seguinte Lei:

Art. 1º Fica o Município de São Lourenço do Oeste, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, autorizado a fornecer auxílio financeiro para hospedagem à paciente e acompanhante, nos casos de tratamento de saúde realizados fora do domicílio.

§ 1º Entende-se por paciente em Tratamento Fora do Domicílio - TFD somente aqueles que foram autorizados e encaminhados pela Secretaria Municipal de Saúde, atendidos em rede pública ou custeados pelo ente público em rede conveniada, não se aplicando ao tratamento de paciente em redes particulares ou convênios privados.

§ 2º Para fins de concessão do auxílio financeiro de hospedagem, entende-se como Tratamento Fora do Domicílio - TFD somente aquele que superar a distância mínima de 200 km da sede do município de São Lourenço do Oeste.

§ 3º Não será concedido o auxílio financeiro de hospedagem a pacientes que estejam mantidos em período de internação, e ao acompanhante que pernoite junto ao leito no ambiente hospitalar.

§ 4º Acompanhante que não obter autorização para pernoitar em ambiente hospitalar, em internação de longa duração, receberá, no máximo, 3 (três) diárias.

§ 5º Não será concedido o auxílio financeiro de hospedagem a paciente e acompanhante que não necessitem pernoitar no município do tratamento, mesmo ultrapassando a distância mínima referida no parágrafo segundo deste artigo.

Art. 2º Serão beneficiados, exclusivamente, o paciente e um acompanhante, residentes no município de São Lourenço do Oeste e que estejam ambos com o cadastro do Cartão SUS atualizados.

Art. 3º A responsabilidade pela contratação da hospedagem é diretamente do paciente e/ou de seu acompanhante.

Art. 4º O auxílio para acompanhante será concedido apenas nos seguintes casos:

I - pacientes menores de 18 anos;

II - idosos, conforme previsto no Estatuto do Idoso; e

III - pacientes que apresentem condições clínicas que impossibilitem seu deslocamento desacompanhado, mediante justificativa médica.

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

§ 2° Pacientes idosos terão direito a 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.

Assinado por 1 pessoa: AGUSTINHO ASSIS MENEGATTI
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://saolourencodooeste.1doc.com.br/verificacao/CDF9-EF72-8FE0-0550 e informe o código CDF9-EF72-8FE0-0550

Art. 5º As casas de apoio, gratuitas ou consorciadas, localizadas nos municípios onde será realizado o atendimento ao paciente, terão preferência no acolhimento ao paciente e acompanhante.

§ 1º Não havendo disponibilidade de vagas nas casas de apoio, será concedido o auxílio financeiro de hospedagem.

§ 2º A disponibilidade de vaga na casa de apoio impede a opção pelo hotel. Nessa situação, o auxílio financeiro para hospedagem não será concedido.

Art. 6º O serviço de transporte sanitário terá como destino final o local onde será realizada a consulta/exame, sendo expressamente proibido o desvio de rota por comodidade do paciente, ou para deixá-lo em local diferente do roteiro de viagem.

Art. 7º Por se tratar de Tratamento Fora do Domicílio, acima de 200 km, o transporte sanitário poderá transportar mais de um paciente por vez, para diferentes municípios do mesmo roteiro de viagem, podendo ainda, ampliar os dias necessários de estadia até a conclusão de todos os atendimentos, o que será previamente comunicado a todos os pacientes.

Art. 8º O recebimento do auxílio será na forma de reembolso, cabendo aos beneficiários apresentar junto a Secretaria Municipal de Saúde, nota fiscal e/ou comprovante da despesa de hospedagem, no prazo de até 5 (cinco) dias após o retorno.

Parágrafo único. Para efetivação do reembolso cabe a Secretaria Municipal de Saúde enviar a nota fiscal e/ou comprovante da despesa de hospedagem, acompanhado da ficha constante no anexo único, para o setor contábil do município.

Art. 9º Pacientes que atendem aos critérios para o recebimento do auxílio TFD Estadual, não terão direito ao auxílio financeiro de hospedagem municipal, evitando a concessão de duplo benefício.

Art. 10. O valor do auxílio financeiro de hospedagem será de até R$ 100,00 (cem reais) por beneficiário, sendo reajustado anualmente por meio de ato administrativo.

Art. 11. O chefe do Poder Executivo Municipal poderá editar norma regulamentando a presente Lei.

Art. 12. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

São Lourenço do Oeste - SC, 16 de julho de 2025.

AGUSTINHO ASSIS MENEGATTI
Prefeito Municipal

Publicado no
DOM/SC
no dia 21/07/2025.

Assinado por 1 pessoa: AGUSTINHO ASSIS MENEGATTI
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://saolourencodooeste.1doc.com.br/verificacao/CDF9-EF72-8FE0-0550 e informe o código CDF9-EF72-8FE0-0550

ANEXO ÚNICO

(Lei nº 2.912, de 16 de julho de 2025)

INFORMAÇÕES DO PACIENTE:

Nome:	
Cartão SUS	
CPF	
Data da Viagem:	Data de Retorno:
Destino:	
Nº de diárias:	Valor total:

INFORMAÇÕES DO ACOMPANHANTE:

Nome:	
Cartão SUS	
CPF	
Data da Viagem:	Data de Retorno:
N° de diárias:	Valor total:

INFORMAÇÕES REFERENTES AO PAGAMENTO:

Data do fechamento da prestação de contas:

Nº da conta:

Nº da agência:

Servidor
Carimbo/assinatura

São Lourenço do Oeste, 16 de julho de 2025.

AGUSTINHO ASSIS MENEGATTI
Prefeito Municipal

Assinado por 1 pessoa: AGUSTINHO ASSIS MENEGATTI
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://saolourencodooeste.1doc.com.br/verificacao/CDF9-EF72-8FE0-0550 e informe o código CDF9-EF72-8FE0-0550

VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS

Código para verificação: CDF9-EF72-8FE0-0550

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

AGUSTINHO ASSIS MENEGATTI (CPF 376.XXX.XXX-49) em 21/07/2025 16:10:19 GMT-03:00
Papel: Parte
Emitido por: AC SyngularID Multipla << AC SyngularID << Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5 (Assinatura ICP-Brasil)

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

https://saolourencodooeste.1doc.com.br/verificacao/CDF9-EF72-8FE0-0550