DECRETO MUNICIPAL Nº. 3.038, DE 20 DE JULHO DE 2.023

"Regulamenta a Lei Municipal nº. 2.526, de 29 de junho de 2.023, que dispõe sobre a Concessão de Ajuda de Custo a pacientes e acompanhantes em tratamento médico hospitalar fora do Município de Rio Grande da Serra, e dá outras providências."

MARIA DA PENHA AGAZZI FUMAGALLI, Prefeita do Município de Rio Grande da Serra, no uso de suas atribuições legais,

DECRETA

Art. 1º. - O benefício de ajuda de custo, prevista na Lei Municipal nº. 2.526, de 29 de junho de 2.023, será concedido pelo Município de Rio Grande da Serra, de forma excepcional, após esgotados todos os meios de tratamento médico–hospitalar disponíveis tanto no Município de Rio Grande da Serra quanto em suas referências, a paciente cujo tratamento seja realizado em outros Municípios com distância superior a 50 (cinquenta) quilômetros e fora da Região Metropolitana de São Paulo, por meio das seguintes modalidades:

I – Ajuda de custo para pagamento, mediante retirada de cheque junto à Secretaria de Finanças, pelo paciente ou seu responsável legal, do valor da passagem rodoviária, no trajeto de ida ao seu local de tratamento, bem como de seu retorno, no valor máximo de R$ 100,00 (cem reais), por pessoa; ou

II – Disponibilização de transporte adequado por meio de veículo por parte do Município de Rio Grande da Serra; e

III – Ajuda de custo para despesas de alimentação e hospedagem, no valor de R$ 50,00 (cinquenta reais) por pessoa, ao dia, incluindo pernoite.

Parágrafo Único – O valor atribuído à ajuda de custo será reduzido pela metade quando o paciente e seu acompanhante retornarem do tratamento ao Município de Rio Grande da Serra no mesmo dia, devendo ser realizado o imediato ressarcimento administrativo da quantia dispensada.

Art. 2º. - O requerimento para obtenção da ajuda de custo para tratamento fora do Município deverá ser formulado pelo paciente ou seu responsável legal, junto ao Serviço Social da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Grande da Serra, localizado na Rua Prefeito Cido Franco, nº 500, Vila Arnoud, com 30 (trinta) dias de antecedência da data prevista para o tratamento, mediante a apresentação dos seguintes documentos:

I - Documento de identificação do paciente e do seu acompanhante, se o caso, com fotografia recente - RG e CPF;

II – Comprovante de residência atualizado;

III – Cartão do SUS, contendo o número de inscrição do paciente; e

IV - Cartão do agendamento, no caso de primeira consulta ou exame, ou solicitação do serviço de saúde onde o paciente será atendido, constando data do tratamento fora do Município de Rio Grande da Serra.

Parágrafo único - A concessão do referido benefício ficará condicionada ao parecer prévio do Gabinete da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Grande da Serra.

Art. 3º. - A ajuda de custo para tratamento fora do Município de Rio Grande da Serra somente será concedida se houver, comprovadamente, garantia de atendimento no serviço de saúde de referência, com designação de data, horário e período de tratamento, previamente definidos.

Art. 4º. - A ajuda de custo para tratamento fora do Município de Rio Grande da Serra será exclusivamente concedida ao paciente e a um acompanhante, nos casos previstos em lei ou por orientação médica, que comprove e justifique sua imprescindibilidade.

Parágrafo único - Nos casos de pacientes menores de 18 (dezoito) anos ou maiores de 60 (sessenta) anos, ou pessoas portadoras de necessidades especiais, é obrigatória a presença de um acompanhante.

Art. 5º. - Não será concedida ajuda de custo nos seguintes casos:

I – para realização de consultas ou de procedimentos vinculados à atenção básica em saúde;

II – para paciente que permanecer hospitalizado no Município de referência; e

III – para pacientes em tratamento fora do Município de Rio Grande da Serra, cujo deslocamento seja inferior a 50 (cinquenta) quilômetros de distância e dentro da Região Metropolitana de São Paulo.

Parágrafo único - A incidência de qualquer das situações impeditivas tratadas no presente artigo inviabilizará a concessão de ajuda de custo ao acompanhante do referido paciente.

Art. 6º. - Todo e qualquer pagamento de despesa referente ao benefício da ajuda de custo para tratamento fora do Município de Rio Grande da Serra deverá ser objeto de prestação de contas por parte do paciente e, quando o caso, de seu acompanhante, a qual deverá ser devidamente instruída com a seguinte documentação:

I – recibos de pagamento, devidamente assinados pelo paciente ou, ante sua impossibilidade, por seu representante legal, contendo o número do CNPJ do Fundo Municipal de Saúde de Rio Grande da Serra;

II – documentos de identificação e comprovantes de residência do paciente e acompanhante, se o caso;

III – solicitação ou requisição do médico do serviço de referência, responsável pelo tratamento; e

IV – parecer favorável do Gabinete da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Grande da Serra.

Parágrafo único - Reserva-se o Serviço Social da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Grande da Serra a requisição de qualquer outra documentação que entender por necessária, a fim de comprovar a utilização correta do recurso destinado à ajuda de custo de que trata o presente Decreto.

Art. 7º. - Será suspensa a ajuda de custo ao paciente, bem como a eventual acompanhante, que não proceder com a adequada prestação de contas, sujeitando-se, ainda, à adoção das medidas legais pertinentes por parte da Prefeitura Municipal de Rio Grande da Serra para ressarcimento de valores.

Art. 8º. - Os recursos a serem empregados para a ajuda de custo, tratada neste Decreto, correrão por conta das seguintes dotações orçamentárias:

Ficha 468
Dotação 09.01.10.122.0018.2.041.339030.01.3100000
Descrição Natureza MATERIAL DE CONSUMO

Ficha 471
Dotação 09.01.10.122.0018.2.041.339033.01.3100000
Descrição Natureza PASSAGENS E DESPESAS COM LOCOMOÇÃO

Ficha 473
Dotação 09.01.10.122.0018.2.041.339039.01.310000
Descrição Natureza OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS – PESSOA JURÍDICA

Art. 9º. - Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Prefeitura Municipal de Rio Grande da Serra, 20 de Julho de 2.023 - 59º. Ano de Emancipação Político-Administrativa do Município.

Maria da Penha Agazzi Fumagalli
Prefeita Municipal

PA: 417/2023
Publicado no quadro de editais na mesma data e pela imprensa na forma da lei.

ANEXO I

DECRETO MUNICIPAL Nº. 3.038, DE 20 DE JULHO DE 2.023

GUIA DE SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO

PACIENTE:	*RG*
	CPF
	CARTÃO SUS
ENDEREÇO:	*TELEFONE*
ACOMPANHANTE	*RG*
	CPF
ENDEREÇO	*PROFISSÃO*
	TELEFONE

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaro estar ciente do estabelecido na Lei Municipal _____e no Decreto Municipal_____, que regulam a concessão de ajuda de custo para Tratamento Fora do Domicílio – TFD.

Declaro estar ciente que devo fazer a prestação de contas no prazo de 10 (dez) dias após o término do tratamento, apresentando os comprovantes de utilização dos recursos recebidos, ***TODOS OS RECIBOS DEVEM CONTER O NÚMERO DE CNPJ DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE – CNPJ 11.503.217/0001-30.***

Que tenho conhecimento de que, caso a prestação não seja realizada, ou esteja em desacordo com as normas vigentes, incidirá sobre o valor empenhado o percentual de 10% (dez por cento) a título de penalidade.

Declaro ciente de que, a concessão do benefício fica condicionada ao parecer prévio do Gabinete da Secretaria de Saúde. E que será suspensa a ajuda de custo ao paciente bem como a eventual acompanhante, que não proceder com a adequada prestação de contas, sujeitando-se ainda, a adoção das medidas legais pertinentes por parte da Prefeitura Municipal de Rio Grande da Serra, para ressarcimento dos valores.

Nome:_____

Assinatura do Paciente e/ou responsável:

DADOS DO PACIENTE

Prefeitura Municipal de Rio Grande da Serra

Estado de São Paulo

DIAGNÓSTICO PROVÁVEL	*CID*
LOCAL PARA O PROCEDIMENTO	
ENDEREÇO	*CNES*
Condições de Mobilidade do Paciente: *( ) deambula ( ) cadeira de rodas ( ) maca* *( ) uso de equipamentos, respiradores, monitores cardíacos, etc*	
Primeiro Encaminhamento: ( ) SIM ( ) NÃO	*RETORNO ( ) SIM ( ) NÃO*

HOSPEDAGEM	*FICHA*	*DOTAÇÃO*
DESCRIÇÃO NATUREZA: OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS – PESSOA JURÍDICA		
NOME DO LOCAL:		
ENDEREÇO		
TELEFONE:	*CNPJ*	
RESPONSÁVEL:		
VALOR DIÁRIA:	*TOTAL DE GASTOS:*	
PERÍODO DE PERMANECIA NO LOCAL DE HOSPEDAGEM: *____/____/____ A ____/___/___*		

TRANSPORTE	*FICHA*	*DOTAÇÃO*
DESCRIÇÃO NATUREZA: PASSAGENS E DESPESAS COM LOCOMOÇÃO		

ÔNIBUS (INDICAR VALOR UNITÁRIO):	*Notas Apresentadas*
TAXI (INDICAR VALOR UNITÁRIO):	
OUTROS MEIOS (INDICAR O VALOR UNITÁRIO):	
VALOR TOTAL:	
Se necessário transporte especial (ambulância), justificar:	

ALIMENTAÇÃO	*FICHA*	*DOTAÇÃO*
DESCRIÇÃO DA NATUREZA: MATERIAL DE CONSUMO		

(INDICAR TODAS AS DESPESAS DE ALIMENTAÇÃO)	*Notas Apresentadas*
VALOR TOTAL	
DATA DE SAÍDA	*DATA DE RETORNO*

*Nome:*_____

Assinatura/Carimbo do Responsável pelo Serviço Social da Secretaria de Saúde:

FICA AUTORIZADA A ANTECIPAÇÃO A TITULO DE AJUDA DE CUSTO, CONDICIONADA A PRESTAÇÃO DE CONTAS, O VALOR DE R$_____.

AUTORIZAÇÃO DO TFD	
Aprovação do Gestor Responsável	*Assinatura e Carimbo do Responsável*
LOCAL	*DATA*