



PREFEITURA DE NOVA ANDRADINA

Estado de Mato Grosso do Sul

Governo Municipal

DECRETO Nº. 2.246, de 22 de Janeiro de 2019.

Dispõe sobre a regulamentação da Lei 1.103, de 1º de fevereiro de 2013, e dá outras providências.

O PREFEITO MUNICIPAL DE NOVA ANDRADINA, ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL, no uso de suas atribuições que lhes são conferidas por Lei;

DECRETA:

Art. 1º O auxílio-transporte disposto na Lei 1.103, de 1º de fevereiro de 2013, na modalidade de fornecimento de combustível, será concedido após o requerente apresentar, no setor responsável, cópia dos seguintes documentos:

a) Laudo médico, emitido por unidade da Rede SUS de Nova Andradina, que recomenda tratamento/consulta fora do Município de Nova Andradina em unidade ambulatorial ou hospitalar da rede pública, conveniada ou contratada do SUS;

b) Comprovante de agendamento da consulta, tratamento ou internação;

c) Documentos pessoais de identificação do paciente (Registro Geral - RG e Cadastro de Pessoas Físicas - CPF ou Carteira Nacional de Habilitação – CNH);

d) Comprovante de residência do paciente;

e) Cartão do SUS do paciente;

f) Documento do veículo automotor que receberá o auxílio-transporte;

g) Carteira Nacional de Habilitação – CNH da pessoa que conduzirá o veículo;

h) Declaração de ciência do inteiro teor da Lei Municipal 1.103, de 1º de fevereiro de 2013 e de seu ônus de comprovar o comparecimento à consulta, à internação ou ao tratamento, sob pena de caracterizar enriquecimento sem causa;

i) Comprovação de que a renda familiar *per capita* é igual ou inferior a um salário mínimo;



PREFEITURA DE NOVA ANDRADINA
Estado de Mato Grosso do Sul
Governo Municipal

Decreto 2.246/2019 p. 2

§1º Não será concedido auxílio-transporte para deslocamento a outro município para tratamentos que utilizam procedimentos assistenciais contidos no Piso da Atenção Básica – PAB ou no Piso da Atenção Básica Ampliada – PABA.

§2º O auxílio-transporte disposto na Lei 1.103, de 1º de fevereiro de 2013, na modalidade fornecimento de combustível, não será concedido se não estiverem esgotados todos os meios de tratamento no Município.

Art. 2º Somente será deferido o pedido para o auxílio-transporte, na modalidade de fornecimento de combustível, quando não for possível:

a) a remoção do paciente em veículo da Secretaria Municipal de Saúde ou demais Secretarias do Município de Nova Andradina;

b) o transporte do paciente utilizando veículo contratado pela Secretaria Municipal de Saúde ou demais Secretarias do Município de Nova Andradina;

Parágrafo único. O paciente que não puder se deslocar com as demais pessoas transportadas pelo Município de Nova Andradina ou com que o faça em seu lugar deverá apresentar justificativa do pedido em que demonstre a impossibilidade do deslocamento coletivo, como, por exemplo, em razão de seu sistema imunológico ou para manter a sua integridade física ou das demais pessoas, ocasião em que deverá apresentar documentos probatórios (por exemplo laudo médico).

Art. 3º O auxílio-transporte será deferido considerando a distância entre a sede do Município de Nova Andradina e a cidade de destino, na proporção de um litro de gasolina para cada oito quilômetros.

Art. 4º O servidor público responsável deverá preencher a ficha de checagem dos documentos, na forma estabelecida no anexo I deste Decreto, bem como solicitar o preenchimento pelo paciente da declaração do anexo II deste decreto e entregar a cópia do modelo comprovação de comparecimento ao paciente.

Art. 5º Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Nova Andradina-MS, 22 de janeiro de 2019.

PUBLICADO	
No. _____	DIÁRIO OFICIAL
Edição Nº _____	0533
Data _____	24 / 01 / 2019


José Gilberto Garcia
PREFEITO MUNICIPAL



PREFEITURA DE NOVA ANDRADINA

Estado de Mato Grosso do Sul

Governo Municipal

Decreto 2.246/2019 p. 3

ANEXO I DO DECRETO 2.246, DE 22 DE JANEIRO DE 2019

FICHA DE CHECAGEM DE DOCUMENTOS

Ref. Lei Municipal Nº 1.103 de 1º de Fevereiro de 2013.

***Obs.: Faz-se necessário o requerente/responsável trazer cópias dos referidos documentos abaixo.**

- Laudo médico, emitido por unidade da Rede SUS de Nova Andradina, que recomenda tratamento/consulta fora do Município de Nova Andradina em unidade ambulatorial ou hospitalar da rede pública, conveniada ou contratada do SUS : () Sim () Não
- Comprovante de agendamento da consulta, tratamento ou internação.....: () Sim () Não
- Documentos pessoais de identificação do paciente (Registro Geral - RG e Cadastro de Pessoas Físicas - CPF ou Carteira Nacional de Habilitação – CNH): () Sim () Não
- Comprovante de residência do paciente.....: () Sim () Não
- Cartão do SUS do paciente.....: () Sim () Não
- Documento do veículo automotor que receberá o auxílio-transporte.....: () Sim () Não
- CNH da pessoa que conduzirá o veículo.....: () Sim () Não
- Declaração de ciência do inteiro teor da Lei Municipal 1.103, de 1º de fevereiro de 2013 e de seu ônus de comprovar o comparecimento à consulta, à internação ou ao tratamento, sob pena de enriquecimento sem causa.....: () Sim () Não
- Comprovação de que a renda familiar per capita é igual ou inferior a um salário mínimo.....: () Sim () Não
- Justificativa do paciente de que não pode se deslocar com as demais pessoas transportadas pelo Município de Nova Andradina ou com que o faça em seu lugar..... () Sim () Não () Não se aplica.

Nome/Assinatura/Carimbo do Responsável Pela Checagem das Cópias dos Documentos.

Confirmação do Setor de Transportes da Secretaria Municipal de Saúde e Assinatura do Secretário Municipal de Saúde ou da autoridade delegada



PREFEITURA DE NOVA ANDRADINA

Estado de Mato Grosso do Sul

Governo Municipal

Decreto 2.246/2019 p. 4

ANEXO II DO DECRETO 2.246, DE 22 DE JANEIRO DE 2019

DECLARAÇÃO

Eu, _____, CPF _____-____, Declaro, para devidos fins, que tenho conhecimento do inteiro teor da **Lei Nº 1.103, de 1º de Fevereiro de 2013**, e dos pré-requisitos que impõe para ser beneficiário de auxílio-transporte, na forma de combustível, bem como que me enquadro em todos eles, sob as penas da lei.

Igualmente, declaro que estou ciente de que devo comprovar o meu comparecimento à consulta, à internação ou ao tratamento, no prazo legal, sob pena de caracterizar enriquecimento sem causa, sem prejuízos das penalidades da lei, do dever de ressarcir o Município de Nova Andradina e de não poder receber o mesmo benefício pelo prazo de 2 (dois) anos.

Firmo a presente declaração ciente das consequências de falso testemunho embasadas na **Lei Federal Nº 7.115, de 29 de Agosto de 1983**.

Nova Andradina-MS, ____ de _____ de ____.

Nome/Assinatura: _____



 PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA ANDRADINA	 SUS Sistema Único de Saúde	Comprovação de Comparecimento	Ref. Req. Nº
Local...: _____			Data...: _____
_____/_____/_____			
Nome _____ do _____ responsável _____ pela _____ comprovação			
....: _____			
Telefone de contato...: () _____ - _____			
Assinatura/Carimbo.....: _____			
Obs.: Após seu preenchimento, deve ser entregue no setor de requisições de auxílio transporte da Sec. Municipal de Saúde de Nova Andradina-MS.			