



Câmara Municipal de Santa Bárbara d'Oeste

“Palácio 15 de Junho”

REQUERIMENTO Nº 527/2026

Requer informações ao Poder Executivo Municipal, por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde, acerca dos critérios e fundamentos utilizados para a concessão ou negativa de transporte sanitário a pacientes residentes em Santa Bárbara d'Oeste que necessitam realizar tratamento de hemodiálise em outro município.

Senhor Presidente,
Senhores Vereadores,

REQUEIRO que, nos termos do Art. 10, Inciso X, da Lei Orgânica do município de Santa Bárbara d'Oeste, combinado com o Art. 63, Inciso IX, do mesmo diploma legal, seja oficiado Excelentíssimo Senhor Prefeito Municipal para que encaminhe a esta Casa de Leis as seguintes informações:

1. Qual é a legislação, decreto, portaria, resolução, regulamento ou ato administrativo municipal que disciplina a concessão e utilização do Transporte Sanitário Municipal para pacientes residentes em Santa Bárbara d'Oeste?
2. Quais são os critérios atualmente utilizados pela Secretaria Municipal de Saúde para autorizar ou negar o transporte sanitário de pacientes para tratamento em outros municípios?
3. Existe previsão expressa de que pacientes que realizam tratamento por meio de plano de saúde particular ou convênio médico estejam impedidos de utilizar o Transporte Sanitário Municipal? Em caso positivo, informar qual dispositivo legal ou regulamentar estabelece essa vedação, encaminhando cópia da respectiva norma.
4. A Secretaria Municipal de Saúde considera que o simples fato de determinado tratamento ser custeado por plano de saúde



Câmara Municipal de Santa Bárbara d'Oeste

“Palácio 15 de Junho”

particular é suficiente para impedir o acesso do paciente ao Transporte Sanitário Municipal? Em caso positivo, informar qual é o fundamento legal dessa decisão.

5. Existe diferença, nos critérios administrativos municipais, entre o Tratamento Fora do Domicílio – TFD e o Transporte Sanitário Municipal destinado ao deslocamento de pacientes? Em caso afirmativo, esclarecer quais são as regras aplicáveis a cada modalidade.
6. Há previsão de transporte sanitário municipal específico ou prioritário para pacientes submetidos a tratamento de hemodiálise, considerando a necessidade de comparecimento periódico, normalmente três vezes por semana? Em caso afirmativo, informar os critérios para inclusão do paciente no serviço.
7. No caso de paciente residente em Santa Bárbara d'Oeste que necessite realizar hemodiálise três vezes por semana em município vizinho, existe possibilidade de concessão do transporte mediante avaliação médica, social ou socioeconômica individualizada, ainda que o tratamento seja custeado por plano de saúde particular?
8. A Secretaria Municipal de Saúde possui levantamento ou cadastro de pacientes residentes em Santa Bárbara d'Oeste que realizam tratamento de hemodiálise em outros municípios? Em caso afirmativo, informar, sem identificação dos pacientes, quantos são atualmente transportados pelo Município e quantos realizam o deslocamento por meios próprios.
9. Quantos pacientes atualmente utilizam o Transporte Sanitário Municipal para deslocamentos destinados a tratamento de saúde em outros municípios? Solicitamos se possível, a discriminação por tipo de tratamento, especialmente hemodiálise, oncologia e demais tratamentos continuados.
10. Existem vagas, veículos, motoristas ou rotas disponíveis no Transporte Sanitário Municipal que permitiriam o atendimento de pacientes em tratamento de hemodiálise no Município de Piracicaba?
11. Considerando especificamente os pacientes que realizam hemodiálise três vezes por semana, existe algum protocolo ou procedimento administrativo para análise individual da necessidade de transporte, levando em consideração a



Câmara Municipal de Santa Bárbara d'Oeste

“Palácio 15 de Junho”

condição clínica do paciente, sua capacidade de locomoção, ausência de transporte fornecido pelo plano de saúde e a frequência do tratamento?

12. No caso de indeferimento de pedido de transporte sanitário, é disponibilizado ao paciente recurso administrativo ou possibilidade de pedido de reconsideração? Em caso afirmativo, informar o procedimento e o prazo para sua apresentação.
13. Solicita-se o encaminhamento de cópia integral da norma, reglamento, protocolo ou ato administrativo atualmente utilizado pela Secretaria Municipal de Saúde para fundamentar os indeferimentos de pedidos de Transporte Sanitário.
14. Por fim, considerando a existência de pacientes que necessitam de tratamento continuado e indispensável à manutenção da vida, como a hemodiálise, quais medidas podem ser adotadas pela Administração Municipal para evitar que pacientes residentes em Santa Bárbara d'Oeste deixem de realizar seu tratamento por impossibilidade de deslocamento?

REQUEIRO, ainda, que as informações sejam encaminhadas a esta Casa de Leis dentro do prazo legal, acompanhadas, quando cabível, dos documentos e atos normativos que fundamentem as respostas.

É o que, requeremos, nos termos regimentais.

Justificativa

CONSIDERANDO que a Constituição Federal estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado, assegurando o acesso universal e igualitário às ações e serviços destinados à sua promoção, proteção e recuperação;

CONSIDERANDO que o tratamento de hemodiálise é indispensável à manutenção da vida e que os pacientes submetidos a esse procedimento necessitam, em regra, comparecer às unidades de tratamento diversas vezes por semana;

CONSIDERANDO que este Vereador foi procurado por munícipe residente em Santa Bárbara d'Oeste, portador de doença renal crônica, que



Câmara Municipal de Santa Bárbara d'Oeste

“Palácio 15 de Junho”

necessita realizar tratamento de hemodiálise três vezes por semana em unidade hospitalar localizada no Município de Piracicaba, distante aproximadamente 25 quilômetros de sua residência;

CONSIDERANDO que o referido tratamento é realizado por meio de plano de saúde da Unimed Piracicaba, no Hospital dos Fornecedores de Cana de Piracicaba;

CONSIDERANDO que, segundo informado pelo paciente, o plano de saúde não disponibiliza transporte para o deslocamento entre Santa Bárbara d'Oeste e Piracicaba, em razão de não possuir atendimento ou estrutura conveniada para essa finalidade no Município de residência do paciente;

CONSIDERANDO que foi apresentado pedido de transporte junto ao Município de Santa Bárbara d'Oeste, tendo o mesmo sido indeferido pela Administração Municipal;

Plenário "Dr. Tancredo Neves", 19 de agosto de 2026.

CARECA DO ESPORTE
Vereador



CÂMARA MUNICIPAL DE SANTA BARBARA D'OESTE



Assinaturas Digitais

O documento acima foi proposto para assinatura digital na Câmara Municipal de De Santa Bárbara d'Oeste. Para verificar as assinaturas, clique no link:

<https://santabarbara.siscam.com.br/documentos/autenticar?chave=6WEYU4TAY62HU8UA> ,

ou vá até o site <https://santabarbara.siscam.com.br/documentos/autenticar> e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido:

Código para verificação: 6WEY-U4TA-Y62H-U8UA



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE - PROTOCOLO Nº 6825/2026 19/08/2026 09:32 - CHAVE: 6WEY-U4TA-Y62H-U8UA