



MUNICÍPIO DE PORTO SEGURO / BA

CHECKLIST DE PROCESSO DE PAGAMENTO - TFD (TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO)
(Portaria SAS/MS nº 55/1999)

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROCESSO ADMINISTRATIVO E DADOS FINANCEIROS

ÓRGÃO / SECRETARIA:		EMPENHO Nº:	
BENEFICIÁRIO (PACIENTE):		CPF / RG:	
ACOMPANHANTE (SE HOUVER)::		DATA DA ANÁLISE:	____ / ____ / 20____
TIPO DE DESPESA / OBJETO:	☐ AJUDA DE CUSTO ☐ PASSAGEM	VALOR TOTAL (R\$):	

2. ANÁLISE DO EMPENHO

Nº	ITEM DE VERIFICAÇÃO / DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA	SIM	NÃO
01	A dotação orçamentária do Fundo Municipal de Saúde para cobertura da despesa de TFD está devidamente indicada?	☐	☐
02	Consta Nota de Empenho prévia com classificação orçamentária, dados complementares, descrição, valor e dados do paciente?	☐	☐
03	Consta a data de emissão correta e a assinatura da autoridade competente no documento de empenho?	☐	☐
04	Em caso de 'Empenho a Posteriori': Consta justificativa formal aprovada pela autoridade competente para a emissão posterior?	☐	☐

3. ANÁLISE DA LIQUIDAÇÃO

Nº	ITEM DE VERIFICAÇÃO / DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA	SIM	NÃO
01	Consta atesto de liquidação assinado pelo servidor/gestor responsável no Fundo Municipal de Saúde?	☐	☐
02	A descrição da liquidação contém a discriminação detalhada dos custos (quantitativo de dias/passagens, valor unitário e valor total)?	☐	☐
03	Constam bilhetes de passagem de viagem (ida/volta) e/ou comprovantes de despesas de deslocamento e hospedagem legalmente aceitos?	☐	☐
04	Conferida a grafia e tinta nos documentos de suporte à liquidação sem rasuras, rasgões ou emendas?	☐	☐
05	Constam todas as assinaturas exigidas na documentação de liquidação (beneficiário, fiscal/gestor e ordenador)?	☐	☐

4. ANÁLISE DA SOLICITAÇÃO E REQUISITOS DO TFD

Nº	ITEM DE VERIFICAÇÃO / DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA	SIM	NÃO
01	Consta requerimento/solicitação formal do TFD com número de solicitação e data de entrada?	☐	☐
02	Consta documentação pessoal do paciente (RG, CPF, Cartão SUS e Comprovante de Residência em Porto Seguro)?	☐	☐
03	Consta Laudo Médico do TFD preenchido pelo médico assistente do SUS, com validade máxima de 6 meses?	☐	☐
04	O Laudo Médico atesta expressamente a esgotabilidade dos meios de tratamento/diagnóstico no município de origem?	☐	☐
05	Consta relatório/parecer da unidade responsável informando o quantitativo necessário de dias para o tratamento fora do domicílio?	☐	☐
06	Se houver acompanhante: Consta justificativa médica expressa comprovando a necessidade de acompanhamento?	☐	☐
07	Consta confirmação de agendamento/marcação da consulta, exame ou internação na unidade de referência cadastrada no SUS?	☐	☐

08 Os valores calculados para diárias, transporte e alimentação estão estritamente conformes com os parâmetros da Portaria SAS/MS nº 55/1999 e normas locais?

[]

[]

5. OBSERVAÇÕES PERTINENTES DA INSTRUÇÃO PROCESSUAL

6. DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E FIDEDIGNIDADE PROCESSUAL

"Eu, abaixo assinado, na qualidade de servidor responsável pela instrução e montagem do presente processo de pagamento de materiais e serviços, DECLARO, sob as penas da lei (com amparo nos artigos 299 do Código Penal e diretrizes da Lei nº 14.133/2021), que examinei rigorosamente os autos, e que as informações e documentos contidos no processo condizem integralmente com os dados apresentados neste formulário de verificação, encontrando-se a despesa regular e apta para a fase de liquidação e pagamento."

"A Lei nº 12.527/2011 (Lei de Acesso à Informação), ao mesmo tempo em que assegura a transparência dos atos administrativos, resguarda o caráter interno dos documentos preparatórios, nos termos do art. 7º, §3º. Assim, eventual comunicação a terceiros deve observar procedimento próprio, mediante ato formal da autoridade competente."

RESPONSÁVEL PELA MONTAGEM DO PROCESSO

Nome / Cargo / Matrícula

Porto Seguro - BA, ____ de _____ de 20____.