



Prefeitura Municipal de Bebedouro

Praça José Stamato Sobrinho - nº 45 - CEP 14701-009 - Cx Postal 361
CNPJ - 45.709.920/0001-11 - Insc. Est. Isenta
BEBEDOURO - Estado de São Paulo
Fone: (17) 3345-9100 - www.bebedouro.sp.gov.br

Bebedouro, Capital Nacional da Laranja, 30 de março de 2026
OEP/102/2026

Senhor Presidente:

Em resposta ao Requerimento nº 39/2026 de autoria do vereador Otávio Altobeli Yassine Manzi, que nos fora enviado, bem como a Secretaria Municipal de Saúde, encaminhamos as informações solicitadas.

Atenciosamente.

Lucas Gibin Seren
Prefeito Municipal

À Sua Excelência o Senhor
Artur Ernesto Henrique
Presidente da Câmara Municipal de Bebedouro
Bebedouro-SP.

“Deus Seja Louvado”

PROTOCOLO 54719/2026 - 31/03/2026 16:52



Prefeitura Municipal de Bebedouro

Praça José Stamato Sobrinho - nº 45 - CEP 14701-009 - Cx Postal 361
CNPJ - 45.709.920/0001-11 - Insc. Est. Isenta
BEBEDOURO - Estado de São Paulo
Fone: (17) 3345-9100 - www.bebedouro.sp.gov.br



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Bebedouro, Capital Nacional da Laranja, 27 de fevereiro/2026.

OFICIO ESPECIAL – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ASSUNTO: **REQUERIMENTO Nº 39/2026 da CÂMARA MUNICIPAL DE BEBEDOURO – VEREADOR OTAVIO ALTABELI YASSINE MANZI - PL – PARTIDO LIBERAL**

Com nossos sinceros cumprimentos, vimos por intermédio deste, INFORMAR a V. Excelência., conforme Requerimento nº 39/2026, datado de 02/03/2026, de autoria do nobre Vereador **Otávio Altobeli Yassine Manzi**, referente ao transporte sanitário dos distritos para realização de consultas e exames e sendo assim, temos a relatar o que segue:

A fim de elucidar os questionamentos do nobre Edil, acerca do assunto epigrafado, PROCEDEMOS o envio dos esclarecimentos:

“Deus seja Louvado”



Prefeitura Municipal de Bebedouro

Praça José Stamato Sobrinho - nº 45 - CEP 14701-009 - Cx Postal 361
CNPJ - 45.709.920/0001-11 - Insc. Est. Isenta
BEBEDOURO - Estado de São Paulo
Fone: (17) 3345-9100 - www.bebedouro.sp.gov.br



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Procedemos a apresentação de respostas pertinentes ao que fora questionado, elaboradas pela Assistente Social da Secretaria Municipal de Saúde desta Municipalidade, a fim de vossa apreciação.

Na oportunidade apresentamos a Vossa Excelência, nossos protestos de apreço e distinta consideração, colocando-nos à disposição para o que preciso for.

Atenciosamente,

ANA PAULA TILIELLI MARQUES CATUNDA
Secretária Municipal de Saúde/Bebedouro/SP

Ana Paula Tilelli Marques Catunda
Secretária Municipal de Saúde
de Bebedouro
CPF 144.545.008-94

SORAIA TERESINHA COELHO
Coordenação Setor Jurídico / Secretaria Municipal de
Saúde/Bebedouro/SP

Ao Exmo. Sr.

LUCAS GIBIN SEREN

Digníssimo Prefeito Municipal de Bebedouro/SP

“Deus seja Louvado”



Prefeitura Municipal de Bebedouro

Praça José Stamato Sobrinho - nº 45 - CEP 14701-009 - Cx Postal 361
CNPJ - 45.709.920/0001-11 - Insc. Est. Isenta
BEBEDOURO - Estado de São Paulo
Fone: (17) 3345-9100 - www.bebedouro.sp.gov.br



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Secretaria Municipal de Saúde - Serviço Social

Assunto: Resposta ao requerimento de nº 39/2026, sobre critérios do Transporte Sanitário Municipal.

Em atenção ao requerimento apresentado por esta Casa Legislativa, que solicita esclarecimentos acerca dos critérios adotados para concessão do Transporte Sanitário Municipal, cumpre informar que o serviço é regulamentado em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, bem como com o disposto na Lei nº 8.080/1990.

O Transporte Sanitário Municipal tem por finalidade garantir o acesso de pacientes aos serviços de saúde, especialmente quando inexistente ou insuficiente a oferta local, ou quando houver impossibilidade de locomoção por meios próprios. Trata-se de serviço eletivo, não se destinando a atendimentos de urgência e emergência, os quais são realizados por serviços específicos, como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

A avaliação para concessão do transporte é realizada pelo Setor Social da Secretaria Municipal de Saúde, considerando critérios socioeconômicos e de acesso, podendo ser complementada, quando necessário, por profissionais de saúde ou pelo setor de regulação, garantindo análise técnica da condição clínica do paciente.

Os critérios adotados para definição do tipo de transporte incluem:

1. Necessidade comprovada de atendimento em saúde (consulta, exame, procedimento ou tratamento);
2. Encaminhamento formal da unidade de saúde;
3. Condições de mobilidade e limitação física do paciente;
4. Condições socioeconômicas e vulnerabilidade social;
5. Continuidade de tratamento, quando aplicável;
6. Disponibilidade e organização do serviço;
7. Avaliação técnica pelo setor responsável.

A escolha do transporte considera a situação clínica e social do paciente, podendo ser classificada como: transporte coletivo sanitário, transporte individual, ambulância sem maca ou ambulância com maca. A busca domiciliar é autorizada quando houver limitação de mobilidade, condição clínica ou vulnerabilidade social comprovada.

Para formalizar o processo de avaliação e concessão, foi instituído o Formulário de Avaliação para Concessão de Transporte Sanitário Intermunicipal (Anexo I), que contém todas as informações necessárias para análise técnica.

“Deus seja Louvado”



Prefeitura Municipal de Bebedouro

Praça José Stamato Sobrinho - nº 45 - CEP 14701-009 - Cx Postal 361
CNPJ - 45.709.920/0001-11 - Insc. Est. Isenta
BEBEDOURO - Estado de São Paulo
Fone: (17) 3345-9100 - www.bebedouro.sp.gov.br



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Adicionalmente, a gestão do transporte de pacientes encontra respaldo na Portaria GM/MS nº 2048/2002, que aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Essa Portaria define princípios e critérios para a organização e utilização de serviços de transporte, inclusive transferências inter-hospitalares, com base em avaliação clínica e necessidade médica, reforçando a obrigatoriedade de critérios técnicos e regulação na condução do transporte de pacientes. (bvsm.sau.gov.br)

Dessa forma, todos os critérios adotados estão plenamente em conformidade com a legislação vigente, com os princípios do SUS e com os padrões técnicos de atendimento à população, assegurando que o serviço seja utilizado exclusivamente por aqueles que efetivamente necessitam.

O município garante o acesso ao Transporte Sanitário Municipal para pacientes que não possuem meios próprios de locomoção e não têm condições financeiras de arcar com transporte particular ou por aplicativo, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde e da Lei nº 8.080/1990, que asseguram o direito universal e igualitário à saúde.

A avaliação do benefício é realizada pelo Setor Social da Secretaria Municipal de Saúde, que considera aspectos socioeconômicos, vulnerabilidade social e necessidade clínica do paciente. Pacientes que comprovam não dispor de recursos próprios para transporte têm prioridade na concessão do serviço, garantindo que o atendimento médico e tratamentos continuem sendo acessíveis a todos, sem discriminação ou restrição financeira.

Essa política segue os critérios estabelecidos na diretriz da Portaria GM/MS nº 2048/2002, reforçando a necessidade de avaliação técnica e regulação do transporte, mesmo para casos eletivos. O serviço é destinado a garantir o direito à saúde, não se confundindo com transporte particular ou assistencial não vinculado à necessidade clínica.”

Colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais que se fizerem necessários.

Atenciosamente,
Karina Carla de Oliveira
Assistente Social
Cress: 38.731

Bebedouro, 26 de Março de 2026.

“Deus seja Louvado”

Anexo I – Questionário para avaliação de usuário e tipo de transporte Check list para a solicitação de transporte intermunicipal.



| | |
|---|--------------------------|
| Data 00/00/2026 | Horário: DAS 8 AS 14:00H |
| Nome: | |
| Idade: | |
| CPF: | |
| Endereço: | |
| Telefone/Celular: | |
| Ponto de referência: | |
| Unidade de saúde: | |
| Queixa (motivo da solicitação) | |
| <input type="checkbox"/> exame <input type="checkbox"/> procedimento <input type="checkbox"/> consulta médica com especialista <input type="checkbox"/> fisioterapia | |
| Outros motivos: | |

| Questões a serem perguntadas ao solicitante do transporte: | | | |
|--|-----|-----|--|
| | Sim | Não | |
| Possui mobilidade nula ou reduzida, permanente ou temporária com dificuldade de locomoção? | | | |
| Apresenta condição de saúde ou deficiência física que não apresenta condições de utilizar o transporte coletivo? | | | |
| Apresenta atestado médico, laudo ou relatório que comprove a necessidade de ir deitado? | | | |
| Faz tratamento oncológico em cuidados paliativos? | | | |
| Fez cirurgia recente ortopédica ou qualquer outro tipo de cirurgia que necessite ir deitado? | | | |
| Tem alguma outra condição que o impeça de sentar ou dobrar o joelho? | | | |
| Faz uso de oxigênio? | | | |
| Conduta: | | | |
| | Sim | Não | |
| Buscar em domicilio | | | |
| Precisa de ambulância com maca | | | |
| Precisa de transporte coletivo | | | |

Avaliação Social:

Nome responsável pelo preenchimento do check list:

Assistente Social –HMB



CÂMARA MUNICIPAL DE BEBEDOURO



Assinaturas Digitais

O documento acima foi proposto para assinatura digital na Câmara Municipal de Bebedouro. Para verificar as assinaturas, clique no link: <http://177.21.38.106/Siave/documentos/autenticar?chave=8VAJ0X0R3650VSG1>, ou vá até o site <http://177.21.38.106/Siave/documentos/autenticar> e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido:

Código para verificação: 8VAJ-0X0R-3650-VSG1

