



**ESTADO DE MATO GROSSO**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE**  
**ARENÁPOLIS**  
**CNPJ: 24.977.654/0001-38**



---

**DECRETO MUNICIPAL Nº 014/2024.**

EMENTA: REGULAMENTA A LEI MUNICIPAL Nº 1.757/2024 QUE CONCEDE AUXÍLIO FINANCEIRO NO EXERCÍCIO FINANCEIRO DE 2024, PARA ALIMENTAÇÃO DOS PORTADORES DE DOENÇA RENAL CRÔNICA EM TRATAMENTO POR HEMODIÁLISE FORA DO MUNICÍPIO, E, DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

O Exmo. Sr. **ÉDERSON FIGUEIREDO**, Prefeito do Município de Arenápolis - MT, no uso de suas atribuições legais, consoantes as normas gerais de direito público, a Lei orgânica Municipal, e o art. 5º da Lei Municipal nº 1.757/2024,

**DECRETA**

**Art. 1º** Este Decreto regulamenta o auxílio financeiro, no exercício financeiro de 2024, para alimentação dos portadores de doença renal crônica, em tratamento por hemodiálise, fora do Município de Arenápolis, para custeio de despesas com alimentação.

**Art. 2º** O Auxílio financeiro estabelecido no art. 1º da Lei Municipal nº 1.757/2024, será executado e fiscalizado pela Secretaria Municipal de Saúde que, com base na dotação orçamentária específica, disporá sobre procedimentos operacionais para a concessão do benefício e distribuição que assegure o atendimento ao maior número possível de beneficiários.

**Art. 3º** Os interessados deverão atender às exigências previstas na Lei Municipal nº 1.757/2024, e, neste decreto em relação a todas as fases da solicitação e prestação de contas do auxílio.



**ESTADO DE MATO GROSSO**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE**  
**ARENÁPOLIS**  
**CNPJ: 24.977.654/0001-38**



**Art. 4º** A concessão dos auxílios fica limitado à disponibilidade orçamentária máxima definida na Lei Municipal nº 1.757/2024.

**Art. 5º** O valor mensal a ser disponibilizado mensalmente será de R\$ 2.640,00 (dois mil seiscentos e quarenta reais) a ser dividido em partes iguais entre os pacientes beneficiários, cadastrados junto a Secretaria Municipal de Saúde.

**Parágrafo Único** – O pagamento do auxílio financeiro será realizado, na conta corrente ou poupança do paciente beneficiário, entre os meses de março a dezembro de 2024, devendo ser feito até o dia 10 de cada mês, com exceção do mês de março/2024 que poderá ser pago até o dia 30.

**Art. 6º** O paciente beneficiário do auxílio financeiro, deverá entregar na Secretaria Municipal de Saúde o formulário modelo constante no Anexo I deste decreto, preenchido, juntamente com as cópias dos documentos pessoais RG e CPF; comprovante de endereço; atestado médico que comprove ser portador de doença renal crônica com necessidade de tratamento por hemodiálise.

**Parágrafo Único** - O paciente beneficiário deverá apresentar toda a documentação solicitada, sob o risco de indeferimento.

**Art. 7º** Para ser beneficiário do auxílio de que trata o presente Decreto, o paciente deverá residir no Município de Arenópolis/MT, utilizar o sistema SUS, e o tratamento ser fora do Município.

**Parágrafo Primeiro** – Estas informações serão comprovadas mediante apresentação de comprovante de endereço, declaração de residência; e, cópia do cartão SUS.



**ESTADO DE MATO GROSSO**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE**  
**ARENÁPOLIS**  
**CNPJ: 24.977.654/0001-38**



**Parágrafo Segundo** - Adeclaração destinada a fazer prova da residência, quando firmada pelo próprio interessado ou procurador bastante, reconhecida sua firma por autenticidade, e sob as penas da lei, presume-se verdadeira.

**Parágrafo Terceiro** - Os documentos a serem aceitos como comprovante de residência são os seguintes:

- a) Fatura de água, luz ou telefone, expedidas no prazo máximo de 90 dias, em nome do usuário ou com declaração do nome de quem constar a fatura;
- b) Contrato de locação do imóvel em nome do interessado.

**Parágrafo Quarto** - Sem prejuízo da sanção penal, os beneficiários que gozarem ilicitamente do auxílio serão obrigados a efetuar o ressarcimento integral das importâncias recebidas indevidamente, corrigidas na forma disposta na legislação municipal aplicável, a ser apurada mediante processo administrativo.

**Art. 8º** A prestação de contas dos valores recebidos deverá ser feita e entregue na Secretaria Municipal de Saúde até o dia 30 de cada mês, com exceção do mês de março/2024, que poderá ser feita até o dia 30 do mês de abril/2024, e deverá conter, no mínimo:

I - Notas fiscais e documentos oficiais que comprovem as despesas com CNPJ/CPF do emissor e descrição do produto;

II - Ficha de prestação de contas, modelo conforme anexo II deste decreto;



**ESTADO DE MATO GROSSO**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE**  
**ARENÁPOLIS**  
**CNPJ: 24.977.654/0001-38**



**Art. 9º** A prestação de contas do paciente beneficiário deverá ser apreciada pela Secretaria Municipal de Saúde, que emitirá parecer, acolhendo ou reprovando a mesma.

**Parágrafo Primeiro** -A concessão de novo auxílio financeiro fica condicionado à aprovação da prestação de contas anteriormente apresentada.

**Parágrafo Segundo** - A não aprovação da prestação de contas obrigará o paciente beneficiário, ou seu responsável legal, a restituir os valores recebidos indevidamente, além de ficar impedido de figurar como beneficiário do auxílio financeiro, enquanto não sanada a pendência.

**Parágrafo Terceiro** - Observadas irregularidades na prestação de contas, o protocolo será enviado à Controladoria Geral do Município para manifestação e adoção das providências legais.

**Art. 10** Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogando as disposições em contrário.

Edifício da Prefeitura Municipal de Arenápolis-MT, aos 25 dias do mês de março do ano 2024.

**ÉDERSON FIGUEIREDO**  
PREFEITO MUNICIPAL

Registrado na Secretaria Municipal de Administração e publicado por afixação em lugar de costume na data supra e disponibilizado no site [www.arenapolis.mt.gov.br](http://www.arenapolis.mt.gov.br).

**LARISSA NAIARA TAVARES GONÇALVES**  
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO



ESTADO DE MATO GROSSO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE  
ARENÁPOLIS  
CNPJ: 24.977.654/0001-38



ANEXO I  
FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE  
AUXÍLIO FINANCEIRO PARA PACIENTES EM TRATAMENTO DE  
HEMODIÁLISE FORA DO MUNICÍPIO

|                 |         |                    |        |
|-----------------|---------|--------------------|--------|
| REQUERENTE      |         | PROCESSO N°        |        |
| CARTÃO SUS N°   |         | DATA DE NASCIMENTO |        |
| ENDEREÇO        |         | CEP                |        |
| BAIRRO          | CIDADE  |                    | ESTADO |
| DADOS BANCÁRIOS |         |                    |        |
| BANCO           | AGÊNCIA | CONTA CORRENTE     | CPF    |

AUXILIO PRETENDIDO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Especificação                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| AUXÍLIO FINANCEIRO PARA PACIENTES EM TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE FORA DO MUNICÍPIO DE ARENÁPOLIS, conforme o que estabelece a Lei nº 1.757/2024, que concede auxílio financeiro no exercício financeiro de 2024, para alimentação dos portadores de doença renal crônica em tratamento por hemodiálise fora do município. |

|            |                 |
|------------|-----------------|
| ASSINATURA | DATA            |
| REQUERENTE | ___ / ___ / ___ |

|                                   |                                     |                 |
|-----------------------------------|-------------------------------------|-----------------|
| PARECER DA COORDENAÇÃO            |                                     | DATA            |
| <input type="checkbox"/> DEFERIDO | <input type="checkbox"/> INDEFERIDO | ___ / ___ / ___ |
| ASSINATURA DO COORDENADOR         |                                     |                 |



ESTADO DE MATO GROSSO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE  
ARENÁPOLIS  
CNPJ: 24.977.654/0001-38



ANEXO II  
RELATÓRIO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS  
AUXÍLIO FINANCEIRO PARA PACIENTES EM TRATAMENTO DE  
HEMODIÁLISE FORA DO MUNICÍPIO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Número do processo: 2024/ _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                      |
| <b>Dados do (a) Paciente Beneficiário (a)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                      |
| Nome completo:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |
| CPF:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Telefone de contato: |
| Descrição sucinta da atividade realizada: Comprovação dos gastos com alimentação, conforme previsto no Decreto nº 012/2024 que regulamenta a Lei nº 1.757/2024, que concede auxílio financeiro no exercício financeiro de 2024, para alimentação dos portadores de doença renal crônica em tratamento por hemodiálise fora do município.                               |                      |
| <b>Documentos anexados:</b><br><br>( ) Notas fiscais e documentos oficiais que comprovem as despesas com CNPJ/CPF do emissor e descrição do produto.<br><br>Declaro ter anexado toda a documentação necessária à prestação de contas.<br><br><div style="text-align: right;">Arenápolis/MT, ____/____/2024.</div><br><div style="text-align: center;">ASSINATURA</div> |                      |



**ESTADO DE MATO GROSSO**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE**  
**ARENÁPOLIS**  
**CNPJ: 24.977.654/0001-38**

