# PARECER JURÍDICO

**Referência:** Projeto de Lei Ordinária n.º 22/2026.

**Solicitante:** Presidência da Câmara Municipal (Art. 92-A, § 4º, do RICM).

**Comissões (Art. 92, § 4º, do RICM):** (i) Comissão de Legislação, Justiça e Redação (Art. 61, I, alínea "a", do RICM) e (iii) Comissão de Serviços Públicos Municipais e Políticas Sociais (Art. 61, III, do RICM).

## RELATÓRIO

O Projeto de Lei Ordinária n.º 22/2026, de iniciativa do Prefeito Municipal, datado e recebido por esta Casa em 21 de setembro de 2026, regulamenta a concessão de auxílios financeiros, ajudas de custo, custeios, reembolsos, repasses ou pagamentos destinados a tratamentos e procedimentos odontológicos ou médicos particulares, custeados com recursos da saúde do Município.

A proposição cumpre obrigação assumida pelo Município em Compromisso de Ajustamento de Conduta, firmado com o MPMG, por intermédio da 4ª Promotoria de Justiça da Comarca de São Lourenço.

O compromisso foi celebrado nos autos da Ação Civil Pública n.º 1000543-70.2026.8.13.0637. O ajuste resultou do Inquérito Civil n.º 02.16.0637.0377111.2026-18, instaurado a partir de representação à Ouvidoria do MPMG. A representação noticiou a concessão de auxílio de R$ 28.034,00, custeado pelo Fundo Municipal de Saúde, para procedimentos odontológicos (exodontia simples, profilaxia e prótese total acrílica). O valor foi pago por PIX diretamente à beneficiária, e não ao prestador. Na apuração, o Município informou manter há anos programa de repasse dessa natureza, sem qualquer regulamentação, cabendo ao próprio beneficiário escolher o prestador. Pelo TAC, o Município se obrigou a encaminhar projeto de lei à Câmara em 60 dias, com os requisitos mínimos da cláusula 3; além de publicar o regulamento no sítio eletrônico oficial; adotar, como regra preferencial, o pagamento direto ao prestador; e pagar compensação por danos morais coletivos.

Eis o resumo no essencial.

## FUNDAMENTAÇÃO

Antes do exame dos dispositivos, três observações delimitam o alcance desta manifestação. Primeira: o parecer jurídico tem natureza opinativa e destina-se a subsidiar as Comissões e o Plenário, aos quais incumbe a deliberação. Segunda: o Compromisso de Ajustamento de Conduta tem eficácia de título executivo extrajudicial em face do Município compromitente (art. 5º, § 6º, da Lei Federal n.º 7.347/1985), mas não subtrai desta Casa, que dele não é parte, a liberdade de deliberar sobre o projeto, que pode ser aprovado, emendado nos limites constitucionais ou rejeitado, em respeito à independência dos Poderes (art. 2º da Constituição da República).

**I. Comissão de Legislação, Justiça e Redação**

**(i) Iniciativa, espécie normativa e limites do poder de emenda.** A proposição foi apresentada pelo Chefe do Poder Executivo e versa sobre a execução de despesa pública em saúde e sobre atribuições de órgãos do Departamento Municipal de Saúde; não há, portanto, vício de iniciativa. A espécie lei ordinária é adequada, à míngua de reserva de lei complementar para o caso.

O poder de emenda desta Casa é amplo, mas não ilimitado. Considerando que a proposição dispõe sobre atribuições de órgãos do Executivo, aplicam-se, por cautela, os limites que o Supremo Tribunal Federal reconhece às emendas parlamentares em projetos de iniciativa reservada, as quais devem guardar pertinência temática com a proposição e não podem acarretar aumento da despesa prevista (art. 63, I, da Constituição da República). No Tema 686 da repercussão geral, a Corte fixou que são formalmente inconstitucionais as emendas parlamentares que impliquem aumento de despesa em projeto de lei de iniciativa reservada do Chefe do Poder Executivo.

**(ii) Repartição constitucional de competências e necessário enquadramento no SUS.** A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas que visem ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (art. 196 da Constituição da República). Cuidar da saúde é competência comum de todos os entes (art. 23, II); legislar sobre proteção e defesa da saúde é competência concorrente da União e dos Estados (art. 24, XII), cabendo aos Municípios legislar sobre assuntos de interesse local, suplementar a legislação federal e estadual no que couber e prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população (art. 30, I, II e VII).

Essa competência municipal, porém, é exercida no interior de um sistema único, organizado em rede regionalizada e hierarquizada, com direção única em cada esfera de governo, atendimento integral e participação da comunidade (art. 198 da Constituição da República; arts. 8º e 9º, III, da Lei Federal n.º 8.080/1990). A Lei Orgânica da Saúde atribui à direção municipal planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde (art. 18, I); participar do planejamento da rede regionalizada, em articulação com a direção estadual (art. 18, II); executar serviços de saúde bucal (art. 18, IV, "f", incluído pela Lei Federal n.º 14.572/2023); celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, observado o art. 26, e controlar sua execução (art. 18, X); e normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito (art. 18, XII).

Disso resulta que o Município pode legislar sobre o tema e até ampliar sua oferta assistencial, mas deve fazê-lo dentro do modelo jurídico do SUS, sendo que a participação da iniciativa privada é complementar e formalizada por contrato de direito público ou convênio (art. 199, § 1º, da Constituição da República; art. 24, parágrafo único, da Lei Federal n.º 8.080/1990), segundo critérios e valores de remuneração definidos pela direção nacional (art. 26), preservada a gratuidade (art. 43) e observada a ordenação do acesso.

**(iii) Legalidade do auxílio pecuniário pago diretamente ao paciente.** O projeto institui, na prática, uma transferência em dinheiro ao usuário para que este contrate, livremente, profissional ou clínica particular. Esse arranjo não encontra previsão no regime jurídico do SUS. A assistência terapêutica integral consiste na dispensação de medicamentos e produtos e na oferta de

procedimentos terapêuticos constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal, realizados por serviço próprio, conveniado ou contratado (art. 19-M, II, da Lei Federal n.º 8.080/1990). A modalidade de auxílio pecuniário ao usuário padronizada pela normativa do SUS é a ajuda de custo do Tratamento Fora de Domicílio (Portaria SAS/MS n.º 55/1999), que cobre deslocamento e alimentação do paciente encaminhado a serviço do próprio SUS em outro município, somente quando esgotados os meios de tratamento no município de residência e havendo garantia de atendimento no município de referência. Trata-se, como se vê, de subsídio ao acesso à rede pública, e não ao custeio de atendimento privado escolhido pelo paciente.

Além disso, a Constituição veda a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos (art. 199, § 2º), vedação reproduzida no art. 38 da Lei Federal n.º 8.080/1990. O projeto paga formalmente a pessoa física, mas o destino econômico do recurso é o prestador privado, em regra com finalidade lucrativa, escolhido sem contrato, sem preço de referência e sem fiscalização. Não se afirma que o desenho incorra, por si só, na vedação constitucional; mas a interposição do usuário não altera a natureza do gasto e aproxima o modelo da subvenção indireta que a Constituição pretendeu afastar, risco agravado pela ausência de qualquer controle sobre quem recebe, ao final, os recursos.

Há, ainda, reflexo direto sobre a contabilização dos gastos em saúde. A Lei Complementar n.º 141/2012 somente considera ações e serviços públicos de saúde as despesas destinadas a ações de acesso universal, igualitário e gratuito, em conformidade com os Planos de Saúde e de responsabilidade específica do setor (art. 2º, I a III), financiadas por meio do fundo de saúde (art. 2º, parágrafo único), e exclui expressamente a assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal e as ações de assistência social (art. 4º, III e VIII). Um programa de auxílio individual condicionado a avaliação socioeconômica tende a enquadrar-se nessas exclusões: não pode ser computado no mínimo de 15% (art. 7º), e seu custeio com transferências vinculadas do SUS é juridicamente arriscado, pois a lei veda a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde (art. 36, § 2º, da Lei Federal n.º 8.080/1990) e qualifica como emprego irregular de verbas públicas a utilização de recursos financeiros do SUS em finalidades diversas das previstas em lei (art. 52). Tampouco a assistência social oferece abrigo ao modelo: as provisões vinculadas ao campo da saúde não se incluem entre os benefícios eventuais da assistência social (art. 9º do Decreto Federal n.º 6.307/2007), e o Conselho Nacional de Assistência Social afirmou que órteses e próteses, inclusive dentaduras, não são provisões daquela política (Resolução CNAS n.º 39/2010).

Conclui-se que o pagamento direto ao paciente, embora não seja proibido por um dispositivo específico, é de duvidosa compatibilidade com o sistema normativo do SUS, gera risco elevado perante o Tribunal de Contas e o Ministério Público e reproduz exatamente a fragilidade que deu causa ao inquérito civil. Não por acaso, o próprio compromisso determinou a adoção de regra preferencial de pagamento direto ao prestador regularmente identificado (cláusula 5), obrigação que o projeto não incorporou: ao contrário, o art. 4º pressupõe o repasse prévio ao beneficiário, com comprovação posterior. A omissão expõe o Município à multa da cláusula 7 e deve ser suprida.

**(iv) Dever de licitar e credenciamento como alternativa juridicamente mais segura.** Também procede a preocupação com a regra constitucional da licitação. Ressalvados os casos

especificados na legislação, os serviços contratados pela Administração devem ser precedidos de licitação que assegure igualdade de condições a todos os concorrentes (art. 37, XXI, da Constituição da República), regime que alcança a prestação de serviços em geral (art. 2º, V, da Lei Federal n.º 14.133/2021). Quando o Município custeia, com recursos públicos, serviço de saúde executado por particular escolhido sem qualquer procedimento, sem pesquisa de preços, sem verificação de habilitação e sem fiscalização da execução, o auxílio funciona, em substância, como contratação direta sem processo, apenas intermediada pelo beneficiário. Ainda que se objete que a relação jurídica se estabelece entre paciente e prestador, a participação de particulares no SUS deve ser formalizada por contrato de direito público ou convênio (art. 199, § 1º, da Constituição da República), e os órgãos de controle examinam a substância do gasto, não apenas sua forma.

A finalidade legítima do projeto, que é permitir ao paciente escolher entre profissionais habilitados, pode ser alcançada por instrumento legalmente previsto: o credenciamento, processo de chamamento público em que a Administração convoca interessados em prestar serviços para que, preenchidos os requisitos, se credenciem e executem o objeto quando convocados (art. 6º, XLIII, da Lei Federal n.º 14.133/2021), hipótese de inexigibilidade de licitação (art. 74, IV). A lei admite expressamente o credenciamento com seleção a critério de terceiros, "caso em que a seleção do contratado está a cargo do beneficiário direto da prestação" (art. 79, II), exigindo edital permanentemente disponível em sítio eletrônico oficial (art. 79, parágrafo único, I) e condições padronizadas de contratação, com valor definido pela própria Administração (art. 79, parágrafo único, III), conforme plenamente admitido pelo Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais, segundo consta na resposta à Consulta n.º 1.188.189[1].

No caso específico das próteses dentárias, a Política Nacional de Saúde Bucal dispõe de linha própria de financiamento federal para Laboratórios Regionais de Prótese Dentária, operada pelos municípios mediante credenciamento ou contratação de laboratórios, o que permite ao Município obter cofinanciamento em vez de suportar integralmente o custo.

Recomenda-se, assim, que a lei adote como regra o pagamento direto ao prestador credenciado, após a execução do serviço e pelo valor fixado no edital, admitindo-se o reembolso ao beneficiário apenas em caráter excepcional e motivado, quando inexistir prestador credenciado para o procedimento, mediante prévia pesquisa de preços (por exemplo, no mínimo três orçamentos, à semelhança do art. 23, § 1º, IV, da Lei Federal n.º 14.133/2021) e comprovação fiscal da despesa.

**(v) Precedentes vinculantes do Supremo Tribunal Federal e do Superior Tribunal de Justiça em matéria de saúde.** As teses examinadas a seguir foram firmadas, em sua maior parte, para a concessão judicial de medicamentos e vinculam juízes e tribunais (art. 927, III, do Código de Processo Civil). Duas delas foram convertidas em súmulas vinculantes, que obrigam também a administração pública municipal (art. 103-A da Constituição da República). Embora o projeto trate de procedimentos e de concessão administrativa, esses precedentes revelam os parâmetros que as Cortes Superiores consideram legítimos para que o Poder Público custeie prestação de saúde fora da oferta ordinária do SUS, e os tribunais estaduais vêm aplicando sua

[1] Tribunal Pleno, sessão de 5/8/2026, relator o Conselheiro em exercício Hamilton Coelho, com prejulgamento de tese de caráter normativo, conforme noticiado no Informativo de Jurisprudência n.º 335

lógica, por analogia, a pedidos de cirurgias e tratamentos não incorporados. Por isso, devem orientar o desenho do programa.

**(a) STJ, Tema 106 (REsp n.º 1.657.156/RJ, Primeira Seção; tese definida no acórdão dos embargos de declaração publicado no DJe de 21/9/2018).** A concessão de medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS exige, cumulativamente: (i) laudo médico fundamentado e circunstanciado, expedido pelo médico que assiste o paciente, demonstrando a imprescindibilidade do medicamento e a ineficácia, para o caso, dos fármacos fornecidos pelo SUS; (ii) incapacidade financeira de arcar com o custo do medicamento prescrito; e (iii) registro na ANVISA, observados os usos autorizados pela agência.

**(b) STF, Tema 6 (RE n.º 566.471) e Súmula Vinculante n.º 61.** A ausência de inclusão nas listas de dispensação do SUS impede, como regra geral, o fornecimento por decisão judicial, independentemente do custo. Excepcionalmente, admite-se a concessão de medicamento registrado na ANVISA e não incorporado, desde que comprovados, cumulativamente, pelo interessado: (a) negativa de fornecimento na via administrativa; (b) ilegalidade do ato de não incorporação pela Conitec, ausência de pedido de incorporação ou mora em sua apreciação; (c) impossibilidade de substituição por outro medicamento das listas e protocolos do SUS; (d) eficácia, acurácia, efetividade e segurança comprovadas por evidências científicas de alto nível; (e) imprescindibilidade clínica, por laudo fundamentado que descreva o tratamento já realizado; e (f) incapacidade financeira de arcar com o custeio. O item 3 da tese acrescenta que a decisão não pode fundamentar-se unicamente em prescrição, relatório ou laudo médico juntado pelo próprio interessado, devendo apoiar-se em apreciação técnica independente (NATJUS ou entes e pessoas com expertise técnica).

**(c) STF, Tema 1.033 (RE n.º 666.094).** O ressarcimento de serviços de saúde prestados por unidade privada a paciente do SUS, em cumprimento de ordem judicial, deve utilizar o mesmo critério adotado para o ressarcimento do SUS por serviços prestados a beneficiários de planos de saúde. Vale dizer: mesmo quando o Poder Público é compelido a custear atendimento privado, o parâmetro de valor é uma referência pública, e não o preço livremente fixado pelo prestador.

Desses precedentes decorrem cinco consequências para o projeto. **Primeira:** a exigência de comprovação da incapacidade financeira do interessado é coerente com a jurisprudência vinculante quando o programa custeia prestação fora da oferta ordinária do SUS, que é justamente a hipótese do art. 2º, II, do projeto; deve, portanto, constar expressamente da lei, com critério objetivo. Ressalve-se que, para ações e serviços já incorporados ao SUS, o acesso é universal e gratuito e não pode ser condicionado à prova de pobreza; nesses casos, a resposta juridicamente adequada é a prestação pela própria rede, direta ou credenciada, e não o auxílio em dinheiro. **Segunda:** o relatório do profissional particular (art. 1º, III) pode instruir o pedido, mas não pode ser o único fundamento técnico da decisão, sendo indispensável avaliação por profissional de saúde da rede municipal. **Terceira:** devem ser vedados procedimentos experimentais, sem autorização da ANVISA ou sem evidência científica adequada. **Quarta:** o valor custeado deve observar referência pública, e não o preço do prestador. **Quinta:** medicamentos devem ser excluídos do programa, porque sua concessão administrativa já se submete à assistência farmacêutica do SUS (art. 28 do Decreto Federal n.º 7.508/2011) e aos fluxos vinculantes da Súmula Vinculante n.º 60.

**(vi) Relatório da assistência social sem critério socioeconômico.** O projeto exige visita domiciliar e relatório de assistente social opinando sobre o deferimento (art. 2º, I e V), mas não estabelece que o programa se destina a pessoas de baixa renda nem fixa qualquer critério socioeconômico. Sem parâmetro normativo, o relatório social converte-se em juízo discricionário sobre quem merece o benefício, incompatível com os princípios da impessoalidade e da motivação (art. 37, caput, da Constituição da República) e com a própria premissa do compromisso, que exige critérios objetivos (cláusula 1). Além disso, ao profissional de serviço social não compete avaliar patologia, diagnóstico e prognóstico, providência que o inciso III do art. 2º deixa sem titular definido e que deve ser atribuída a médico ou cirurgião-dentista da rede.

Há dois caminhos possíveis: o primeiro, que se recomenda, é restringir o programa a pessoas em situação de hipossuficiência, definida por critério objetivo (por exemplo, renda familiar per capita até determinado limite e inscrição no Cadastro Único), cabendo ao relatório social apenas verificar o preenchimento desse critério; essa opção harmoniza o projeto com os precedentes examinados, mas reforça a conclusão de que as despesas não devem ser computadas como ações e serviços públicos de saúde para fins do mínimo constitucional (art. 4º, III e VIII, da Lei Complementar n.º 141/2012) nem custeadas com transferências vinculadas do SUS. O segundo seria abrir o programa a qualquer usuário, hipótese em que o relatório social perderia sentido e o Município passaria a financiar, com recursos próprios e sem limite, atendimento privado paralelo ao SUS, o que não é recomendado.

**(vii) Requisito da inexistência de alternativa na rede e repartição de responsabilidades entre os entes.** O art. 2º, II, faz o programa operar exatamente onde a rede pública, consorciada ou credenciada não oferece a prestação. Como o SUS distribui responsabilidades entre os entes (arts. 16 a 18 da Lei Federal n.º 8.080/1990), cabendo à direção estadual, por exemplo, identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade (art. 17, IX), e como a responsabilidade financeira por procedimentos é pactuada nas Comissões Intergestores (art. 19-U da mesma lei; arts. 23 e 32, IV, do Decreto Federal n.º 7.508/2011), a indisponibilidade na rede frequentemente diz respeito a prestações de média e alta complexidade a cargo de outro ente ou da referência regional. Nessas hipóteses, o Município passaria a custear sozinho, sem pactuação e sem ressarcimento, prestações que o sistema atribui a outrem, o que compromete a sustentabilidade fiscal de um município de pequeno porte. Reforça a preocupação o art. 62 da Lei Complementar n.º 101/2000, segundo o qual os Municípios só contribuirão para o custeio de despesas de competência de outros entes se houver autorização na LDO e na LOA e convênio, acordo, ajuste ou congênere.

A saúde bucal integra o campo de atuação do SUS em todos os níveis de complexidade (art. 6º, I, "e", e § 4º, da Lei Federal n.º 8.080/1990, incluídos pela Lei Federal n.º 14.572/2023), e sua execução compete à direção municipal (art. 18, IV, "f"). Procedimentos como exodontia e profilaxia são próprios da atenção primária, e a prótese total é ofertada no SUS por meio dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária. O caso que originou o inquérito civil envolveu precisamente esses procedimentos. Quando a indisponibilidade decorre de lacuna na própria oferta municipal, a resposta adequada é estruturar o serviço (equipes de saúde bucal, credenciamento de laboratórios, consórcio intermunicipal), e não substituí-lo por auxílios individuais.

Recomenda-se, por isso, que o requisito seja objetivado, ou seja, a indisponibilidade deve ser comprovada por solicitação prévia ao sistema de regulação, com negativa formal ou espera superior a prazo máximo fixado em regulamento, atestada por profissional da rede; a expressão "inadequação", demasiadamente aberta, deve ser definida ou suprimida; e, tratando-se de procedimento de responsabilidade de outro ente, a concessão deve ser precedida de tentativa de encaminhamento pela referência pactuada e acompanhada das providências de pactuação ou ressarcimento cabíveis.

**(viii) Impessoalidade, conflito de interesses e segregação de funções.** O episódio que deu origem ao compromisso, concessão à cônjuge do então Chefe do Departamento de Saúde, evidencia a necessidade de regras de integridade que o projeto não contém. O art. 3º concentra a decisão em autoridade única, sem previsão de impedimentos, de instância colegiada, de prazo para decisão ou de recurso. Recomenda-se: (a) vedar a participação, na instrução e na decisão, de agente que seja cônjuge, companheiro ou parente até o terceiro grau do requerente, à semelhança dos parâmetros dos arts. 7º, III, 9º, § 1º, e 14, IV, da Lei Federal n.º 14.133/2021, com redistribuição do processo a substituto; (b) observar a segregação de funções (arts. 5º e 7º, § 1º, da mesma lei, como parâmetro), separando quem avalia tecnicamente, quem verifica o critério socioeconômico, quem decide e quem atesta a execução; e (c) dar publicidade periódica às concessões, nos termos do art. 8º da Lei Federal n.º 12.527/2011, preservadas as informações pessoais (art. 31).

**(ix) Proteção de dados pessoais sensíveis.** O art. 2º, IV, determina a análise do prontuário "do paciente e família". Dados referentes à saúde são dados pessoais sensíveis (art. 5º, II, da Lei Federal n.º 13.709/2018), cujo tratamento pela administração pública é admitido para a execução de políticas públicas previstas em lei (arts. 7º, III, e 11, II, "b"), mas limitado ao mínimo necessário para a finalidade (art. 6º, III). O exame do prontuário de familiares não guarda relação com a avaliação clínica do requerente e é excessivo; o prontuário do próprio paciente deve ser acessado apenas pelo profissional de saúde responsável pela avaliação técnica, e não pela assistência social. Também a ordem de atendimento prevista no art. 6º deve ser divulgada de forma anonimizada, por número de protocolo.

**(x) Técnica legislativa.** Sob o prisma da Lei Complementar n.º 95/1998, registram-se: (a) erro material na ementa ("providenciais", em vez de "providências"), que deve explicitar o objeto de modo conciso (art. 5º); (b) falta de concordância no caput do art. 1º ("Os beneficiários [...] deverá atender"); (c) parágrafos grafados por extenso ("Parágrafo Primeiro" e "Parágrafo Segundo"), quando devem ser representados pelo sinal "§" seguido de numeração ordinal (art. 10, III); (d) pontuação inadequada ao final de dispositivos (o art. 2º, V, o art. 3º e o art. 6º terminam com ponto e vírgula); (e) linguagem imprecisa no art. 2º, III ("avaliar em cima da patologia, diagnostico e prognóstico"), em desacordo com o dever de clareza e precisão (art. 11, I, "a", e II, "a"); (f) ausência de definições essenciais (beneficiário, prestador, alternativa ordinária, urgência); e (g) cláusula de vigência imediata, que a lei reserva às normas de pequena repercussão (art. 8º), quando a matéria tem relevante impacto financeiro e organizacional e depende de regulamentação, credenciamento e dotação própria. Recomenda-se prever regulamentação por decreto e início de vigência em 1º de janeiro de 2027, além de publicação na forma prevista na Lei Orgânica e no sítio eletrônico oficial, em atenção à cláusula 4 do compromisso.

**III. Comissão de Serviços Públicos Municipais e Políticas Sociais**

**(i) Mérito da política pública.** A necessidade que motivou o compromisso é legítima: há munícipes que não obtêm, em tempo razoável, tratamentos de que necessitam. A questão de mérito é qual instrumento atende melhor a essa necessidade. A análise precedente indica que o auxílio individual em dinheiro deve ser residual e subsidiário, e que a resposta estrutural está no fortalecimento da oferta do SUS: ampliação das ações de saúde bucal na atenção primária, credenciamento de prestadores com valores de referência, implantação de Laboratório Regional de Prótese Dentária com cofinanciamento federal e utilização de consórcio intermunicipal para procedimentos especializados (art. 10 da Lei Federal n.º 8.080/1990). Recomenda-se que a Comissão solicite ao Executivo informações sobre a demanda reprimida, a oferta atual de saúde bucal e os prestadores disponíveis na região, a fim de dimensionar o programa.

**(ii) Planejamento e controle social.** O Conselho Municipal de Saúde, de caráter permanente e deliberativo, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (art. 1º, § 2º, da Lei Federal n.º 8.142/1990). Os planos de saúde são a base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS (art. 36, § 1º, da Lei Federal n.º 8.080/1990); cabe aos Conselhos deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades (art. 30, § 4º, da Lei Complementar n.º 141/2012); e a programação anual do Plano de Saúde deve ser aprovada pelo respectivo Conselho (art. 36, § 2º, da mesma lei complementar). Não consta manifestação do Conselho sobre o programa. Recomenda-se que seja colhida antes da votação ou, ao menos, que a lei condicione a implantação à inclusão do programa no Plano Municipal de Saúde e na Programação Anual de Saúde aprovados pelo Conselho.

**(iii) Transparência e fiscalização por esta Casa.** O gestor do SUS deve apresentar, até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública nesta Casa Legislativa, relatório quadrimestral com o montante e a fonte dos recursos aplicados e a oferta e produção de serviços (art. 36, I a III e § 5º, da Lei Complementar n.º 141/2012), e compete ao Poder Legislativo fiscalizar a aplicação dos recursos vinculados ao SUS (art. 38). Recomenda-se que a lei determine a inclusão, nesse relatório, de dados anonimizados do programa (número de pedidos, concessões e indeferimentos, procedimentos, valores, prestadores e tempo de espera), além da publicação no sítio eletrônico oficial, em atenção à cláusula 4 do compromisso.

## CONCLUSÃO

Ante o exposto, quanto às matérias afetas à **Comissão de Legislação, Justiça e Redação**, esta Assessoria opina pela inexistência de vício de iniciativa ou de espécie normativa, mas conclui que o Projeto de Lei Ordinária n.º 22/2026, na forma em que redigido, **não reúne condições de aprovação**, por apresentar incompatibilidades com as normas gerais que regem o SUS (arts. 198 e 199 da Constituição da República; Lei Federal n.º 8.080/1990; Lei Complementar n.º 141/2012; Decreto Federal n.º 7.508/2011), com o dever de licitar (art. 37, XXI, da Constituição da República; Lei Federal n.º 14.133/2021), com a proteção de dados pessoais sensíveis (Lei Federal n.º 13.709/2018) e com a técnica legislativa (Lei Complementar n.º 95/1998), além de omitir a regra de pagamento direto ao prestador prevista na cláusula 5 do compromisso. Os vícios, contudo, são sanáveis, e o projeto poderá ser aprovado se ajustado nos termos dos modelos de emendas anexos.

Quanto às matérias afetas à **Comissão de Serviços Públicos Municipais e Políticas Sociais**, opina-se no sentido de que o auxílio individual seja residual, de que se priorize a estruturação da oferta do SUS e o credenciamento de prestadores e de que se colha previamente a manifestação do Conselho Municipal de Saúde.

Registre-se, por fim, que a rejeição do projeto também é juridicamente possível. Nessa hipótese, não parece configurar-se descumprimento do compromisso pelo Executivo, cuja obrigação de encaminhamento já foi cumprida, mas o Município ficará impedido de prosseguir com a concessão de auxílios dessa natureza, por falta da lei específica exigida pelo art. 26 da Lei Complementar n.º 101/2000, devendo atender às necessidades de saúde pelos meios próprios do SUS. Em qualquer caso, recomenda-se que o Executivo dê ciência à 4ª Promotoria de Justiça da Comarca de São Lourenço do teor das deliberações desta Casa.

Salvo melhor juízo, eis o parecer.

Soledade de Minas, 5 de outubro de 2026.

**BRYAN FRAGA DE OLIVEIRA AMBRÓSIO**
**ASSESSOR JURÍDICO**
**OAB/MG 234.179**

CÂMARA MUNICIPAL DE SOLEDADE DE MINAS - MG
ACATADO PELA COMISSÃO
Sala das Sessões 19/10/26
Presidente

CÂMARA MUNICIPAL DE SOLEDADE DE MINAS - MG
ACATADO PELA COMISSÃO
Sala das Sessões 19/10/26
Presidente

# ANEXO

## SÍNTESE DE AJUSTES RECOMENDADOS AO PROJETO DE LEI ORDINÁRIA N.º 22/2026

| Dispositivo | Problema identificado | Ajuste recomendado |
|---|---|---|
| Ementa | Erro material ("providenciais"). | Corrigir para "providências" e explicitar o objeto de forma concisa (LC n.º 95/1998, art. 5º). |
| Art. 1º, caput | Beneficiário e objeto indefinidos; inclusão genérica de "tratamentos"; falta de concordância. | Definir o beneficiário (residência no Município, cadastro no SUS e vinculação à atenção primária); restringir o objeto a procedimentos, excluídos medicamentos (Decreto n.º 7.508/2011, art. 28; SV 60); corrigir para "deverão". |
| Art. 1º, III | Relatório do profissional particular como base técnica da decisão. | Manter como documento de instrução, exigindo avaliação técnica por cirurgião-dentista ou médico da rede, com registro das alternativas do SUS e da evidência que ampara a indicação (STF, Tema 6, item 3). |
| Dispositivo novo | Ausência de critério socioeconômico. | Fixar critério objetivo de hipossuficiência (renda familiar per capita e inscrição no CadÚnico), cabendo ao relatório social apenas verificá-lo (STJ, Tema 106; STF, Temas 6 e 1.161). |
| Art. 2º, II | "Inadequação" aberta; ausência de prova da indisponibilidade. | Exigir solicitação prévia à regulação, com negativa formal ou espera superior a prazo fixado em regulamento; definir ou suprimir "inadequação"; para procedimentos de outro ente, exigir encaminhamento pela referência pactuada e providências de ressarcimento (STF, Tema 793; LRF, art. 62). |
| Art. 2º, IV | Análise do prontuário "do paciente e família". | Restringir ao prontuário do paciente, com acesso apenas pelo profissional de saúde avaliador, no mínimo necessário (Lei n.º 13.709/2018, arts. 6º, III, e 11). |
| Art. 4º | Pagamento antecipado ao beneficiário e prova posterior; omissão da cláusula 5 do TAC. | Regra: pagamento direto ao prestador credenciado, após a execução, por etapas em tratamentos prolongados (Lei n.º 4.320/1964, arts. 62 e 63; TAC, cláusula 5). Exceção motivada: reembolso, com documento fiscal em nome do beneficiário e identificação do profissional e do procedimento. |
| Dispositivo novo | Contratação sem procedimento. | Autorizar credenciamento com seleção a critério do beneficiário e valor fixado pela Administração (Lei n.º 14.133/2021, arts. 74, IV, e 79, II e parágrafo único; TCE-MG, Consulta n.º 1.188.189). |
| Art. 6º | Urgência atestada pelo próprio profissional particular; fila sem publicidade. | Validação da urgência por profissional da rede; remissão à rede de urgência e emergência do SUS; publicação anonimizada da fila por protocolo. |
| Art. 7º | Vedação restrita à cirurgia estética. | Vedar também procedimentos experimentais ou sem autorização da ANVISA, produtos sem registro (Lei n.º 8.080/1990, art. 19-T), procedimentos cobertos por plano de saúde do beneficiário e os disponíveis na rede em prazo razoável. |
| Dispositivo novo | Ausência de planejamento, controle social e transparência. | Inclusão no Plano Municipal de Saúde e na Programação Anual aprovados pelo CMS; dados anonimizados no relatório quadrimestral apresentado na Câmara (LC n.º 141/2012, art. 36, § 5º); publicação no sítio oficial (TAC, cláusula 4). |
| Art. 9º | Vigência imediata. | Prazo para regulamentação por decreto e vigência a partir de 1º/1/2027 (LC n.º 95/1998, art. 8º; Lei n.º 9.504/1997, art. 73, § 10). |
| Art. 4º e pontuação | Parágrafos por extenso; ponto e vírgula ao final de artigos. | Grafar "§ 1º" e "§ 2º" e encerrar os dispositivos com ponto final (LC n.º 95/1998, art. 10, III). |



inado digitalmente por:
'AN AMBROSIO DE OLIVEIRA
a: 05/10/2026 - 15:56:55h