

## INSTRUTIVO DA LEI ESTADUAL nº 8.246 – 13/01/86

### **a) Assistência à hanseníase e prevenção das incapacidades que levam à necessidade do benefício:**

Segundo a Portaria GM/MS 3125/2010, o controle da hanseníase é baseado no diagnóstico precoce, tratamento oportuno de todos os casos diagnosticados, prevenção e tratamento de incapacidades e vigilância dos contatos. Essas ações devem ser executadas em toda a rede de atenção primária do sistema único de saúde - SUS.

A principal forma de evitar a instalação de deficiências e incapacidades físicas é o diagnóstico precoce. A prevenção de sequelas não pode ser dissociada do tratamento e precisa fazer parte da rotina dos serviços de saúde, devendo ser recomendada para todos os casos e ensinadas ao usuário para a prática regular de autocuidado apoiado. Essas ações são realizadas por meio de técnicas simples e devem ser aplicadas, durante o acompanhamento do paciente, no pós a alta e por toda vida.

O cidadão que recusa ou não realiza adequadamente o seguimento clínico e tratamento medicamentoso (por vontade própria), poderá perder a possibilidade de conseguir o benefício futuramente, caso seja necessário solicitá-lo.

### **b) Ônus e fonte do benefício:**

O custo deste benefício é pago com recursos exclusivos do Governo do Estado do Paraná, por intermédio do SUS e, ainda que seja nominado pensão, não possui cunho contributivo ou previdenciário e, nenhuma relação com o INSS, seu caráter é assistencial.

### **c) Solicitação:**

Pode ser feita a qualquer tempo, pelo próprio cidadão, diretamente na unidade de saúde mais próxima da área de abrangência de sua residência, ou na Secretaria Municipal de Saúde.

Se o cidadão apresentar alguma impossibilidade de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, a documentação poderá ser encaminhada por um familiar ou, se não possuir familiares, poderá ser encaminhado pelo próprio município.

Se o requerente for analfabeto, utilizar a impressão digital do mesmo quando necessário. O profissional do município que presenciar o ato, deverá assinar e carimbar ao lado para atestar a veracidade da informação (assinatura a rogo).

Destaca-se que mesmo que haja procuração, a solicitação deverá ser realizada e encaminhada por meio dos serviços de saúde/SUS do município.

### **d) Acompanhamento da solicitação:**

É feito pelo número do processo, que é gerado na Regional de Saúde ao inserir a documentação no e-protocolo do Estado do Paraná, sendo fundamental guardar o número do

processo para acompanhamento da solicitação.

Pesquisar em: [saude.pr.gov.br](http://saude.pr.gov.br)

- Ir em CONSULTAR PROTOCOLO;
- Digitar o número do protocolo no campo próprio e depois em Consultar.

[saude.pr.gov.br](http://saude.pr.gov.br)



### Consultar Protocolo

Pesquise o cadastro e histórico do andamento de processo do Sistema Integrado de Documentos em Tramitação na Administração Estadual.

Consultar »

### Registrar Protocolo

Cidadãos, empresas, órgãos e entidades públicas podem fazer solicitações a qualquer órgão do Governo do Estado pela internet.

Registrar »

[Ainda não sou cadastrado](#)

#### e) Acúmulo de benefícios:

De acordo com a Lei 17.783 de dezembro de 2013, que alterou o Artigo 6º da Lei 8.246/1986, é possível acumular este benefício com outros já existentes em lei.

Ressalta-se porém, que apesar da possibilidade de acúmulo de benefícios, é levado em consideração o Artigo 1º da Lei 8.246/1986, portanto a renda é avaliada.

#### f) Conta bancária:

O depósito do benefício será realizado exclusivamente no banco que o Governo do Paraná possui contrato (Banco do Brasil), não sendo possível o depósito ser efetuado em agência bancária diferente dessa. Mesmo se optar pela portabilidade, a conta do Banco do Brasil (ou do banco com contrato vigente) nunca poderá ser encerrada, e recomenda-se que a portabilidade seja realizada longe da data de pagamento, para evitar contratempos.

A conta deve ser sempre em nome do requerente, mesmo com procurador e não pode ser conjunta.

Deve ser solicitada abertura de conta corrente simples, sem taxas e cartões de crédito vinculados. Entregar ao requerente o modelo Solicitação de Abertura de Conta Corrente Simples deste manual, para que apresente ao Banco do Brasil.

Verificar sempre se as informações bancárias que estão sendo enviadas ao Grupo de Recursos Humanos Setorial (GRHS) para implantação do benefício são corretas, completas e legíveis e incluem endereço com CEP.

Nunca colocar imagem da parte de trás do cartão do requerente nos documentos do processo.

Caixa eletrônico 24 horas, transferência, PIX e aplicativo, alguns deles sem taxas, são opções de saque e utilização da conta, sem necessidade de ida presencial ao banco.

#### **g) Implantação:**

Quando o requerimento é deferido, o GRHS formaliza a Implantação/Reimplantação/Transferência, aguarda assinaturas do Secretário da Saúde do Estado (SESA) e da Secretaria de Estado da Administração e da Previdência (SEAP) para publicação pelo Gabinete do Secretário de Saúde (GS) no Diário Oficial do Estado (DIOE). Depois disso o GRHS da SESA insere o número da publicação no sistema da Folha de Pagamentos do Estado, para que o mesmo libere o pagamento para a próxima folha aberta, retroativo à data de publicação.

No caso de transferência, a resolução cancelando o benefício em nome do falecido é publicada primeiramente, para depois ser publicada a resolução da transferência.

As publicações podem ser verificadas em Diário oficial do Estado do Paraná no site [www.documentos.dioe.pr.gov.br](http://www.documentos.dioe.pr.gov.br) com pesquisa textual pelo nome do interessado (recomenda-se o uso do navegador Mozilla).

#### **h) Pagamento:**

O pagamento é contado a partir da data de publicação da Resolução no Diário Oficial do Estado do Paraná, não é retroativo a nenhuma outra data.

Caixas eletrônicos 24 horas, transferência, PIX e aplicativo, alguns deles sem taxas, são opções de saque e utilização da conta, sem necessitar ir presencialmente ao banco.

Quando o pagamento não é encontrado:

- 1 - verificar se foi aberta conta corrente salário e se ela está ativa.
- 2 - se a publicação em DIOE ocorrer depois do dia 05 do referido mês, o pagamento será creditado no próximo mês.
- 3 - pedir extrato da conta no caixa físico - com atendente.
- 4 - verificar se não há empréstimos vinculados que já descontaram o valor da conta.
- 5 - se todas as providências acima foram feitas e o pagamento não foi localizado, mandar e-mail para [senha@sesa.pr.gov.br](mailto:senha@sesa.pr.gov.br), informando sempre os dados completos do interessado e que já realizou todos os procedimentos acima.

**i) Décimo Terceiro:**

Tem sido pago anualmente desde o início do benefício, por associação ao pagamento dos servidores, mas não está discriminado na Lei 8.246/1986.

**j) Contracheque:**

Quando necessário, solicitar pelo e-mail [pensohansenias@sesa.pr.gov.br](mailto:pensohansenias@sesa.pr.gov.br), informando sempre os dados completos do interessado.

**k) Empréstimos:**

Não é permitido contratar empréstimo consignado. O beneficiário não é servidor público ou aposentado, o benefício pode ser cancelado e tem finalidade de subsistência, não de contratação de crédito e financiamentos.

**l) Recadastramento:**

Foi realizado em alguns períodos e não ocorrerá mais.

Ao invés disso o beneficiário e seus contatos deverão ser avaliados anualmente no serviço de saúde para verificar sinais de possível retorno ou transmissão silenciosa da hanseníase.

Reforçar para o mesmo a obrigatoriedade do autocuidado, do tratamento (quando for o caso) e do comparecimento ao serviço de saúde sempre que necessário, além de manter o endereço atualizado na unidade onde está cadastrado, sob pena de ter o benefício cancelado.

O serviço de saúde onde o pensionista está cadastrado tem o dever de registrar em prontuário todas as avaliações realizadas, incluindo dos contatos.

**m) Cancelamento:**

**Art. 6º.** A pensão será cancelada quando o beneficiário:

**I** - mudar seu domicílio para outro Estado;

~~**II** - for amparado pela Previdência Social;~~ (Excluído pela Lei 17.783/2013)

**III** - deixar de comparecer ao serviço de Dermatologia para controle de tratamento durante 12 (doze) meses, conforme Normas de Controle da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária do Ministério da Saúde.

**IV** - quando receber alta da clínica, salvo se persistir a incapacidade laborativa e/ou idade avançada.

O inciso II foi modificado pela Lei 17.783/2013, permitindo o acúmulo de benefícios.

Os incisos III e IV precisam ser entendidos tendo em vista a realidade atual. Segundo normas de controle do Ministério da Saúde, o tratamento e acompanhamento da hanseníase deve ser feito pelas unidades de saúde e o caso identificado, bem como seus contatos, devem

ser avaliados pelo menos uma vez ao ano, para identificação precoce da doença ou seu retorno. A alta do tratamento com poliquimioterapia não deve ser entendida como alta clínica, pois a hanseníase e suas possíveis complicações tardias e recidivas precisa ser acompanhada por toda a vida. O cidadão deve ser orientado e precisa realizar auto-observação e autocuidado, tratamento oportuno, completo e adequado para evitar sequelas e comparecer ao serviço de saúde sempre que necessário, mantendo seu endereço atualizado no Serviço de saúde do SUS em que está cadastrado, comunicando mudanças de endereço e apresentando o novo comprovante de residência na unidade de saúde onde for residir.

O art. 7º da Lei 8.246/1986 diz que "o cancelamento da pensão de que trata o artigo 6º, será solicitado"... Dessa forma, quando o serviço de saúde verificar que o beneficiário mudou seu domicílio e não comunicou, deverá informar o ocorrido à regional de saúde, através do modelo Comunicação de Pensionista não Localizado, deste manual.

A SESA solicitará o bloqueio do benefício, e caso o cidadão não se apresente em até 90 dias, poderá ter o mesmo cancelado.

#### **n) Reimplantação:**

Se o benefício for cancelado, poderá ser requerido novamente como reimplantação, desde que cessado o motivo que originou o cancelamento. Neste caso, será aberto um novo processo, que poderá ou não ser deferido, independentemente do anterior.

#### **o) Falecimento do beneficiário:**

O sistema SISOB bloqueia automaticamente o pagamento daqueles que foram à óbito. Quando há comunicação do falecimento, o benefício é cancelado, o que não impede a solicitação de transferência, mesmo que ocorra posteriormente.

Pelo art. 8ª da Lei 8.246/1986, cônjuge, filhos menores e incapazes, na forma da Lei podem continuar recebendo o benefício através de transferência da pensão, por isso, o município deve verificar a existência de pessoas que se enquadrem neste artigo e informá-los sobre os procedimentos para transferência pegando a ciência dos mesmos no formulário comunicação de pensionista falecido deste manual. Guardar uma via no prontuário do falecido e encaminhar outra para a regional, ambas originais.

Se houver interesse na transferência, anexar a estes 2 documentos citados acima, todos os demais necessários para transferência, a fim de que a regional de saúde abra o processo como solicitação de transferência diretamente, sem precisar informar o óbito em um processo separado.

Se não houver interesse na transferência, enviar cópia da certidão de óbito junto com o modelo Comunicação de Pensionista Falecido deste manual, devidamente preenchido, para que a regional de saúde envie para SESA/GRHS/ACAF por meio de processo aberto no e-protocolo, como comunicação de óbito. Anexar uma via desta documentação no prontuário do falecido.

Se não houver quem se enquadre na Lei, o município deve enviar o modelo Comunicação de Pensionista Falecido deste manual à regional de saúde e deixar outra via no prontuário do mesmo, ambos originais. A regional de saúde deverá anexar este formulário junto a cópia da certidão de óbito em processo aberto no e-protocolo, diretamente para SESA/GRHS/ACAF como comunicação de óbito.

## ATRIBUIÇÕES DA REGIONAL DE SAÚDE E DO MUNICÍPIO

### Município

- Informar sobre o benefício às pessoas que se enquadram nos critérios do art. 1º e 8º da Lei 8246/86 (quadro abaixo), registrar no prontuário destes, que a informação foi prestada (informando a data, por qual profissional, assinar e carimbar), pedindo também o ciente e assinatura de quem foi informado.

**Art. 1º.** Fica o Poder Executivo autorizado a conceder pensão mensal no valor de 01 (um) salário mínimo aos portadores de hanseníase definitivamente incapacitados para o trabalho em razão das lesões físicas ou defeitos causados pela moléstia, e desprovidos de fonte de renda que assegure a sobrevivência e manutenção própria de seus dependentes.

**Parágrafo único.** O benefício será concedido, mediante requerimento, ao doente que, além de preencher os requisitos descritos no "caput" deste artigo, seja residente no Estado do Paraná desde pelo menos 05 (cinco) anos antes da constatação da moléstia.

**Art. 8º.** Falecendo o pensionista, o benefício será transferido ao seu cônjuge, filhos menores e incapazes, na forma da Lei. (Redação dada pela Lei 9064 de 04/09/1989)

- Repassar os modelos de documentos e as orientações necessárias para a solicitação do benefício ao interessado ou familiares, bem como documentos, orientações e informes encaminhados pela regional de saúde ao cidadão e vice-versa, sempre com a brevidade possível.

- Os documentos deverão ser encaminhados à regional de saúde sempre por meio do município, não sendo possível encaminhamento de documentação por terceiros.

- Não solicitar documentos autenticados em cartório, para evitar despesas ao solicitante, que já é desprovido de recursos.

- Receber, conferir autenticidade, revisar e copiar a documentação.



- Verificar se as documentações que possuem prazo estão em dia.
- Devolver e nunca reter os documentos pessoais do interessado (CPF, RG, certidões de casamento, nascimento, óbito, comprovantes de endereço, documentos e cartões de banco).
- Colocar assinatura e carimbo do profissional do município responsável pelo recebimento e juntada dos documentos em cada um deles, atestando a autenticidade dos mesmos.
- Conferir documentação conforme checklist, verificar se os documentos estão completos, atualizados, bem preenchidos e legíveis.
- Encaminhar com brevidade a documentação completa, revisada e assinada à regional de saúde. Não reter os documentos para abertura do processo, pois isso irá penalizar o cidadão e a responsabilidade será imputada ao município.
- Receber e anexar ao prontuário do cidadão uma cópia do recibo de entrega dos documentos, onde deverá constar o número do processo protocolado pela regional de saúde. Repassar o recibo com o número do protocolo ao interessado, informando a possibilidade de acompanhamento do mesmo pelo site: [www.sesa.pr.gov.br](http://www.sesa.pr.gov.br) em: Consultar Protocolo - digitar o número do processo.
- Entregar ao interessado o modelo Solicitação de Abertura de Conta Corrente Simples deste manual para que o mesmo a apresente no Banco do Brasil ao solicitar abertura de conta corrente simples, sem taxas e cartões de crédito vinculados.
- Verificar sempre se as informações bancárias que estão sendo enviadas para implantação do benefício são corretas, completas e legíveis. Nunca colocar imagem da parte de trás do cartão do requerente nos documentos do processo.
- Informar e registrar ciência do deferimento ou do indeferimento e possibilidade de recurso administrativo, visando o contraditório e ampla defesa.
- Quando ocorrer falecimento do beneficiário, encaminhar cópia da certidão de óbito junto com o modelo Comunicação de Pensionista Falecido deste manual, devidamente preenchido, para a regional de saúde. Anexar uma via original deste documento e uma cópia da certidão de óbito no prontuário do falecido.
- Informar à regional de saúde, através de cópia do comprovante de residência, as alterações de endereço dos beneficiários que comunicaram mudança de domicílio, e comunicar sobre os pensionistas que não foram mais localizados, utilizando o modelo Comunicação de Pensionista Não Localizado deste manual.
- Prestar orientação e apoio ao solicitante sempre que necessário.
- Procurar a regional de saúde quando tiver dúvidas ou dificuldades.

## Regional de Saúde

- Informar sobre este benefício e repassar aos municípios todas as orientações e modelos de documentos necessários para a solicitação do mesmo.
- Receber, conferir e revisar a documentação recebida do município (mesmo que o processo possua procuração deverá ser conferido).
- Os documentos deverão ser encaminhados à regional de saúde sempre por meio do município, não sendo possível encaminhamento de documentação por terceiros.
- Fazer as verificações, preencher, assinar e carimbar os checklists, de acordo com a situação.
- Devolver toda a documentação junto com o modelo Devolução de Documentação Incompleta deste manual, sempre que algum documento estiver incompleto, ilegível, desatualizado ou mal preenchido. Guardar o recibo para anexar ao processo quando for aberto.
- Protocolar todos os documentos no e-protocolo, sempre em formato digital. Não enviar nenhum documento físico para a SESA. Documentos originais deverão ficar sempre com o requerente. Processos referentes a este benefício deverão ser arquivados na regional de saúde de origem, se houver cópias de documentos e necessidade de sua guarda, fazer o mesmo.
- Verificar sempre se as informações bancárias estão corretas, completas e legíveis e enviar ao GRHS para recebimento do benefício. Nunca colocar imagem da parte de trás do cartão do requerente nos documentos do processo, se acontecer, retirar.
- Anexar ao processo os registros da ciência do requerente sobre o deferimento ou indeferimento da solicitação, e da possibilidade de recurso administrativo, visando o contraditório e ampla defesa.
- Informar pelo e-mail [pensohansenase@sesa.pr.gov.br](mailto:pensohansenase@sesa.pr.gov.br), as comunicações de pensionistas não localizados e as informações de alteração de endereço, junto com os respectivos documentos recebidos.
- Encaminhar, através de processo digital aberto no e-protocolo para SESA/GRHS/ACAF, cópia da certidão de óbito junto com o original da comunicação de pensionista falecido, quando ocorrer falecimento do pensionista e não houver interesse, ou quem se enquadre na Lei, para transferência do benefício.
- Prestar orientação e apoio ao município sempre que necessário.



## DOCUMENTAÇÃO

### Detalhamento e prazos

- Não autenticar os documentos em cartório, para evitar despesas ao solicitante, que já é desprovido de recursos. Para comprovar veracidade, todas as cópias devem ter assinatura e carimbo do profissional que as conferiu.
- Nenhum documento pessoal original deve ser retido, sempre fazer cópias/digitalizar.

#### **1- Requerimento - original válido, por 60 dias**

Utilizar sempre o modelo Requerimento deste manual conforme o caso: implantação, reimplantação ou transferência do benefício.

Quando o requerente for analfabeto, utilizar a impressão digital do mesmo. O profissional do município que presenciar o ato deverá assinar e carimbar ao lado para atestar a veracidade da informação (assinatura a rogo). Avisar sobre a obrigatoriedade de manter o endereço atualizado.

O requerimento deve ser feito em nome do interessado, mesmo que possua procurador. Anexar cópia da procuração ou do Termo de Tutela expedido em cartório, se for o caso.

#### **2 - Declaração SUS - original, sem prazos**

Utilizar o modelo Declaração SUS deste manual.

#### **3 - Ficha de Notificação Epidemiológica - cópia sem prazos**

Cópia da Ficha de Notificação/Investigação Epidemiológica (SINAN) completa. Se houver diagnósticos anteriores, é imprescindível incluir as fichas de notificação destes.

#### **4 - Declaração de tempo de residência - original, válido por 60 dias**

É diferente do comprovante de residência, serve para informar tempo. O tempo de residência no Estado do Paraná deve ser de pelo menos, cinco anos antes do diagnóstico de hanseníase (do primeiro diagnóstico, se houver mais de um).

Não são aceitas declarações expedidas por cartórios. A declaração deve ser expedida por órgão público (Prefeitura, Secretaria Municipal, T.R.E., Delegacia, etc) em papel timbrado, com assinatura e carimbo do profissional que a expediu, informando a fonte da informação.

**5 - Laudo médico - original, válido por 90 dias**

O laudo será fornecido pelo médico que realiza o acompanhamento do cidadão no serviço da saúde SUS. Deve ter sempre assinatura e carimbo do médico e utilizar o modelo Laudo Médico deste manual.

**6 - Parecer social - original, válido por 90 dias**

Elaborado em visita de assistente social do município à residência do requerente, deve ter carimbo e assinatura do mesmo na última folha e rubrica nas outras. Utilizar sempre o modelo Parecer Social deste manual.

**7- CNIS (Cadastro Nacional de Informações Sociais) - cópia, válido por 90 dias**

Registra os vínculos empregatícios do requerente e é emitido pela Previdência Social ou INSS. Não há necessidade de ir pessoalmente ao INSS para a emissão, pode ser solicitado e impresso pelo site da instituição - [meu.inss.gov.br](http://meu.inss.gov.br).

Imprimir todas as folhas indicadas no relatório gerado, exemplo: 1 de 3, 2 de 3 e 3 de 3.

**8 - CNIS do cônjuge - cópia, válido por 90 dias**

Se houver cônjuge.

**9 - Declaração consta/nada consta - cópia, válido por 90 dias**

Também chamada de Declaração de Beneficiário, anteriormente era INFBEN ou DATAPREV. Informa se existe ou não algum benefício do INSS em nome da pessoa.

Este pedido é realizado pela internet no site [meu.inss.gov.br](http://meu.inss.gov.br), sem necessidade de ir a uma agência, o documento é gerado na hora e pode ser impresso. Também é possível obter pelo aplicativo Meu INSS.

Orientações para obtenção pelo site [meu.inss.gov.br](http://meu.inss.gov.br):

- *Faça o login no Meu INSS (necessário CPF)*
- *Clique em "Do que você precisa?"*
- *Escreva Consta/Nada consta*
- *Clique em "Consultar"*
- *Clique em "Salvar"*

Em caso de dúvidas, ligar para a Central 135.

**10 - Declaração consta/nada consta do cônjuge - cópia, válido por 90 dias**

Se houver cônjuge.

**11 - Comprovante do estado civil -** Cópia se forem certidões, original se for declaração com 3 testemunhas. As certidões não têm prazos, porém a **declaração tem validade de 180 dias.**

Certidão de Casamento (se casado) ou da Escritura Pública de União Estável (caso não seja casado em Cartório Cível). Na falta desses documentos, anexar declaração informando a

união, constando 3 testemunhas (parentes, vizinhos, conhecidos) devidamente qualificadas (com endereço, RG, CPF), justificando como sabem do fato declarado e período em que isto ocorreu. Se for solteiro, anexar a certidão de nascimento.

Nos processos de transferência, o estado civil deve ter comprovante atualizado pela necessidade de verificar se não ocorreu separação/divórcio. Deve ser expedida 2ª via da certidão de casamento atualizada após o óbito. Caso não seja casado em Cartório Cível, anexar cópia da Escritura Pública de União Estável. Na inexistência desses documentos, anexar declaração informando a união, constando 3 testemunhas (parentes, vizinhos, conhecidos) devidamente qualificadas (com endereço, RG, CPF), justificando como sabem do fato declarado e período em que isto ocorreu.

**12 - Comprovante de endereço - cópia, válido por 90 dias**

Uma única fatura da conta de água ou luz. O endereço deve estar claro e completo sendo fundamental constar o CEP.

Se a casa do requerente for alugada ou cedida e o mesmo não possuir comprovante de residência em seu nome, deverá ser anexada declaração do proprietário do imóvel, informando se o alugou/cedeu ao requerente, constando endereço completo do imóvel, RG e CPF do requerente e do proprietário.

**13 - Carteira de Identidade do requerente - cópia, sem prazos**

Deve ter sido emitida no Estado do Paraná.

**14 - Carteira de Identidade do cônjuge - cópia, sem prazos**

Se houver cônjuge.

**15 - CPF do requerente - cópia, sem prazos**

Cadastro de Pessoa Física. Quando esse número já constar na carteira de identidade e estiver claro também é considerado como informado.

**16 - CPF do cônjuge - cópia, sem prazos**

Se houver cônjuge. Quando esse número já constar na carteira de identidade e estiver claro, também é considerado como informado.

**17 - Certidão de Nascimento de filhos menores - cópia, sem prazos**

Se houver filhos menores.

## **Muito Importante**

- a)** Para solicitação de reimplantação ou transferência, iniciar um novo processo e apensar, em formato digital, o processo que concedeu o benefício ao falecido. Não misturar os documentos do processo antigo ao "corpo" do novo processo.
- b)** No caso de óbito do pensionista, havendo interesse em transferência, a cópia da certidão de óbito deverá ser encaminhada, junto com o modelo Comunicação de Pensionista Falecido deste manual, no processo incluído para a solicitação da transferência.
- c)** Se houver termo de tutela ou procuração, deverão ser anexados ao processo logo após o formulário de requerimento, a validade é de 90 dias.
- d)** Segundo informação respondida pela Procuradoria Geral do Estado (PGE) são considerados menores, filhos até a maioridade civil (18 anos).
- e)** Nenhuma foto que exponha inadequadamente o cidadão ou fira sua dignidade deve ser anexada ao processo.
- f)** Os processos referentes a este benefício são sempre arquivados na regional de saúde de origem.

## Checklist de Verificação da Documentação

Processo nº \_\_\_\_\_

- 01 - (    ) Nenhum documento original do requerente ou do falecido foi anexado ao processo.
- 02 - (    ) Foram utilizados os modelos padrão deste manual para cada situação.
- 03 - Todos os documentos, formulários e cópias estão:
  - (    ) legíveis
  - (    ) totalmente preenchidos
  - (    ) dentro da validade
  - (    ) assinados e carimbados pelo servidor que conferiu a documentação
- 04 - (    ) Assinatura do requerente está a rogo - se foi feita com impressão digital.
- 05 - (    ) A declaração de tempo de residência foi feita por órgão público, em papel timbrado, com assinatura e carimbo do profissional que expediu, e informa desde quando o requerente está residindo no município, e se ainda reside na atualidade.
- 06 - (    ) O laudo médico foi realizado por médico, com assinatura e carimbo.
- 07 - (    ) O parecer social tem rubricas, assinatura e carimbo do assistente social.
- 08 - (    ) O CNIS possui todas as folhas informadas no relatório.
- 09 - (    ) As informações de endereço estão completas e com o CEP.
- 10 - (    ) A carteira de identidade do requerente é do Paraná.
- 11 - (    ) Nenhuma foto inadequada foi anexada ao processo.
- 12 - (    ) Na transferência, o comprovante do estado civil está atualizado após o óbito.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ RS: \_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo: \_\_\_\_\_

**Checklist de Inclusão da Documentação**  
***Implantação ou Reimplantação***

Processo nº \_\_\_\_\_

Colocar os documentos na ordem abaixo:

- 01 - (    ) Checklist verificação preenchido e assinado fl. \_\_\_\_\_
- 02 - (    ) Checklist documentação preenchido e assinado fl. \_\_\_\_\_
- 03 - (    ) Recibo de atraso, se ocorreu fl. \_\_\_\_\_
- 04 - (    ) Requerimento implantação ou reimplantação fl. \_\_\_\_\_
- 05 - (    ) Declaração SUS fl. \_\_\_\_\_
- 06 - (    ) Ficha de Notificação Epidemiológica SINAN fl. \_\_\_\_\_
- 07 - (    ) Declaração de tempo de residência fl. \_\_\_\_\_
- 08 - (    ) Laudo médico fl. \_\_\_\_\_
- 09 - (    ) Parecer social fl. \_\_\_\_\_
- 10 - (    ) Comprovante do estado civil fl. \_\_\_\_\_
- 11 - (    ) CNIS do requerente fl. \_\_\_\_\_
- 12 - (    ) CNIS do cônjuge fl. \_\_\_\_\_
- 13 - (    ) Declaração consta/nada consta do requerente fl. \_\_\_\_\_
- 14 - (    ) Declaração consta/nada consta do cônjuge, se houver fl. \_\_\_\_\_
- 15 - (    ) Comprovante de endereço fl. \_\_\_\_\_
- 16 - (    ) Carteira de Identidade do requerente fl. \_\_\_\_\_
- 17 - (    ) Carteira de Identidade do cônjuge fl. \_\_\_\_\_
- 18 - (    ) CPF do requerente fl. \_\_\_\_\_
- 19 - (    ) CPF do cônjuge fl. \_\_\_\_\_
- 20 - (    ) Certidão de nascimento de filhos menores fl. \_\_\_\_\_
- 21 - (    ) Reimplantação: processo de origem do benefício digitalizado e APENSADO

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ RS: \_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo: \_\_\_\_\_



**Checklist de Inclusão da Documentação**  
***Transferência***

Processo nº \_\_\_\_\_

Colocar os documentos na ordem abaixo:

- 01 - (    ) Checklist verificação preenchido e assinado fl. \_\_\_\_\_
- 02 - (    ) Checklist documentação preenchido e assinado fl. \_\_\_\_\_
- 03 - (    ) Recibo de atraso, se ocorreu fl. \_\_\_\_\_
- 04 - (    ) Termo de tutela, se for tutor fl. \_\_\_\_\_
- 05 - (    ) Requerimento de transferência fl. \_\_\_\_\_
- 06 - (    ) Declaração SUS fl. \_\_\_\_\_
- 07 - (    ) Ficha de Notificação Epidemiológica SINAN do falecido fl. \_\_\_\_\_
- 08 - (    ) Certidão de Óbito do falecido fl. \_\_\_\_\_
- 09 - (    ) Comprovante do estado civil atualizado após o óbito fl. \_\_\_\_\_
- 10 - (    ) Declaração de tempo de residência do requerente fl. \_\_\_\_\_
- 11 - (    ) Parecer social fl. \_\_\_\_\_
- 12 - (    ) CNIS do requerente fl. \_\_\_\_\_
- 13 - (    ) CNIS do falecido fl. \_\_\_\_\_
- 14 - (    ) Declaração consta/nada consta do requerente fl. \_\_\_\_\_
- 15 - (    ) Declaração consta/nada consta do falecido fl. \_\_\_\_\_
- 16 - (    ) Comprovante de endereço fl. \_\_\_\_\_
- 17 - (    ) Carteira de Identidade do requerente fl. \_\_\_\_\_
- 18 - (    ) Carteira de Identidade do falecido fl. \_\_\_\_\_
- 19 - (    ) CPF do requerente fl. \_\_\_\_\_
- 20 - (    ) CPF do cônjuge do falecido fl. \_\_\_\_\_
- 21 - (    ) Certidão de nascimento de filhos menores fl. \_\_\_\_\_
- 22 - (    ) Processo de origem do benefício (do falecido) digitalizado e APENSADO

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

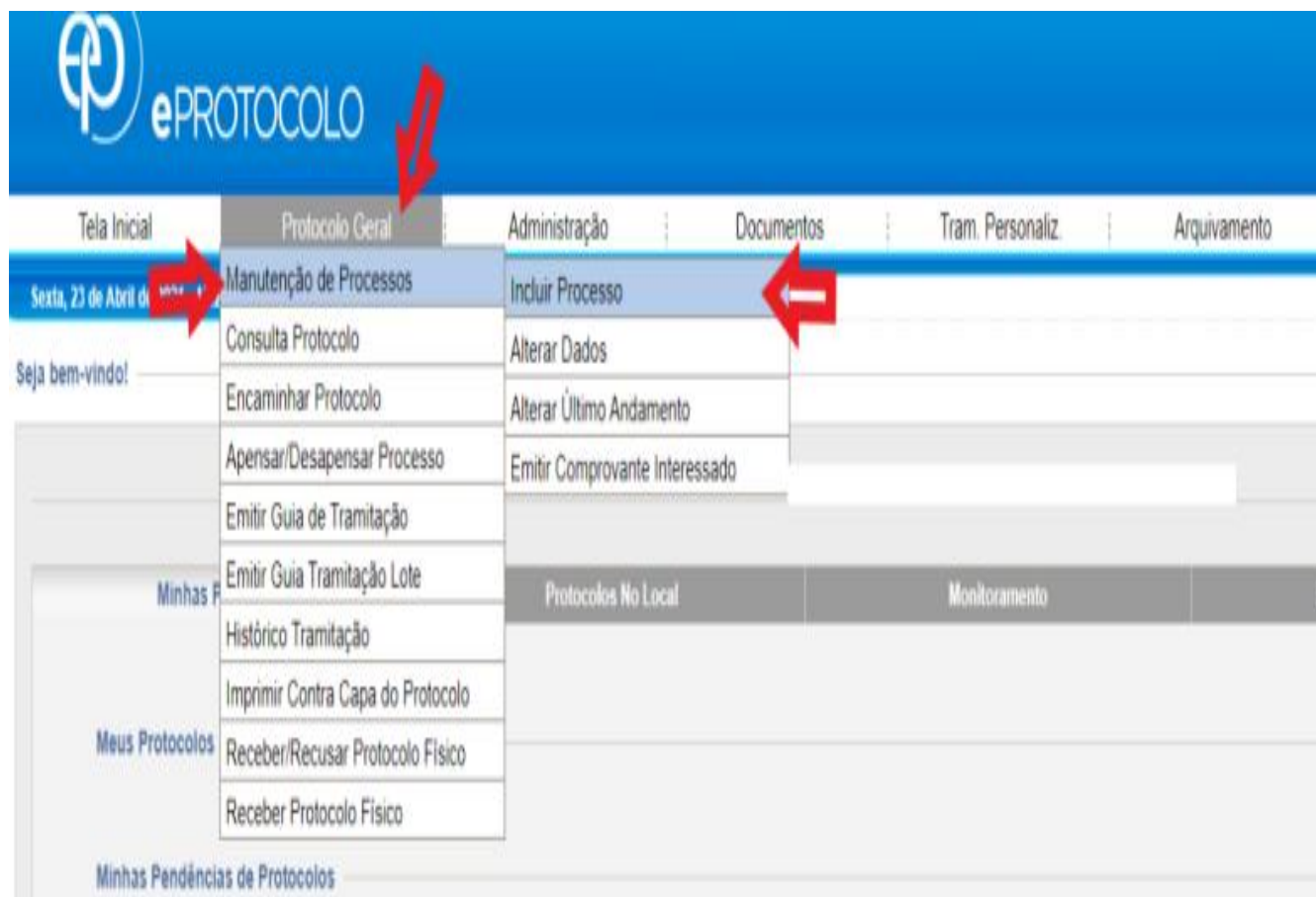
Nome: \_\_\_\_\_ RS: \_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo: \_\_\_\_\_

## INCLUSÃO DO PROCESSO NO E-PROTOCOLO

### Passo a passo

- Abrir processo somente com a documentação completa, correta e legível.
- No e-protocolo <https://www.eprotocolo.pr.gov.br> procurar na parte superior na página:
- Protocolo Geral
- Manutenção de processos
- Incluir processo



- Tipo do Processo: Digital - sempre no formato digital, não enviar nenhum documento físico para a SESA
- Órgão de Cadastro: seu local, órgão da Secretaria onde você está
- Espécie do Documento:
  - 7- REQUERIMENTO
  - 45 - COMUNICADO - quando se tratar de comunicação de pensionista falecido
- Número/ano do documento: nenhum, não existe, não precisa
- \* Sigiloso: Não
- \*Assunto: PSAUD - ÁREA DE SAÚDE
- \*Palavra-chave 1: PENSÃO HANSENIASE
- Palavra-chave 2: nenhuma, deixar em branco
- \*Proposta de Decretos Normativos...: Não
- \*Cidade: município de localização do requerente ou do pensionista que foi a óbito
- \*Local De: Seu local, seu setor
- \*Local Para: Órgão: SESA - SECRETARIA DE SAUDE  
Local: SESA/DAV/COAS/PENSAO  
SESA GRHS/ACAF - se for comunicação de pensionista falecido
- Destinatário: ninguém, deixar em branco
- Prazo: deixar em branco
- \*Processo abrangido por prioridade: Não

\*Tipo do Processo: ☐ Físico ☒ Digital → Sempre no formato digital

\*Órgão de Cadastro:  → Seu local, órgão da Secretaria que você está

\*Espécie do Documento:  Seleção uma opção → 7-REQUERIMENTO  
45 - COMUNICADO - quando se tratar de comunicação de pensionista falecido

Número/ano do documento:   → Nenhum, não existe, não precisa

\*Sigiloso: ☐ Sim ☒ Não → Selecionar "não"

\*Assunto:  Seleção uma opção → Selecionar "PSAUD - ÁREA DE SAÚDE"

\*Palavra-Chave 1:  Seleção uma opção → Selecionar "PENSÃO HANSENIASE"

Palavra-Chave 2:  Seleção uma opção → Nenhum, não existe, não precisa

\* Proposta de Decretos Normativos e de Anteprojotos de Lei à deliberação do Governador do Estado: ☐ Sim ☒ Não → Selecionar "não"

\*Cidade/Estado: País: BRASIL  
Estado: PR  
Cidade:  Seleção uma opção → Município de localização do requerente ou do pensionista que foi a óbito

\*Local De:  Seleção uma opção → Seu local, seu setor

\*Local Para: Órgão:  Seleção uma opção → SESA - Secretaria da Saúde  
Local:  Seleção uma opção → SESA/DAV/COAS/PENSAO

Destinatário:  Não existem opções para seleção → Deixar em branco  
GRHS/ACAF (se for comunicação de pensionista falecido)

Prazo:   → Deixar em branco

\*Processo abrangido por prioridade? ☐ Sim ☒ Não → Selecionar "não"

- \*Interessado: 1 (Não Autoridade)
- Tipo: PESSOA FÍSICA
- Tipo de Identificação: CPF
- \*Número de Identificação: número do CPF do requerente
- \*Nome Completo:
  - Nome do cidadão que vai receber o benefício, mesmo que tenha procuração ou tutor, colocar nome de apenas uma pessoa.
  - Transferências também devem ser em nome daquele que vai receber e não em nome daquele que faleceu.
  - Comunicação de pensionista falecido é no nome do beneficiário que faleceu.
- \*Nome Abreviado: primeiro nome do requerente
- Clicar em Incluir Interessado
- Detalhamento (conforme seja o caso):
  - Implantação de Pensão de Hanseníase
  - Reimplantação de Pensão de Hanseníase
  - Transferência de Pensão de Hanseníase
- Dados do Requerente - pode deixar em branco

**Interessado**

\*Interessado: ☒ 1 (Não Autoridade) ☐ 2 (Autoridade) **Selecionar "1 (Não Autoridade)"**

\*Tipo:  **Selecionar "Pessoa Física"**

\*Tipo Identificação: ☐ CPF ☐ CNPJ **Selecionar "CPF"**

\*Nome Completo:

\*Nome Abreviado:  **Primeiro nome do requerente**

**Nome do cidadão que vai receber o benefício, mesmo que tenha procuração ou tutor; Transferências serão no nome de quem receberá (e não do falecido); Comunicação de pensionista falecido – nome do beneficiário falecido.**

**Clicar em "Incluir Interessado"**

Nenhum Interessado adicionado ao processo

**Detalhamento**

\*Detalhamento:  **Implantação de Pensão de Hanseníase**  
**Reimplantação de Pensão de Hanseníase**  
**Transferência de Pensão de Hanseníase**

**Dados do Requerente**

**Deixar em branco** Nome:

Informe o e-mail para que o Comprovante do Interessado seja encaminhado para o mesmo.  
E-mail:

Telefone: (55)  (DDI)(DDD)Telefone

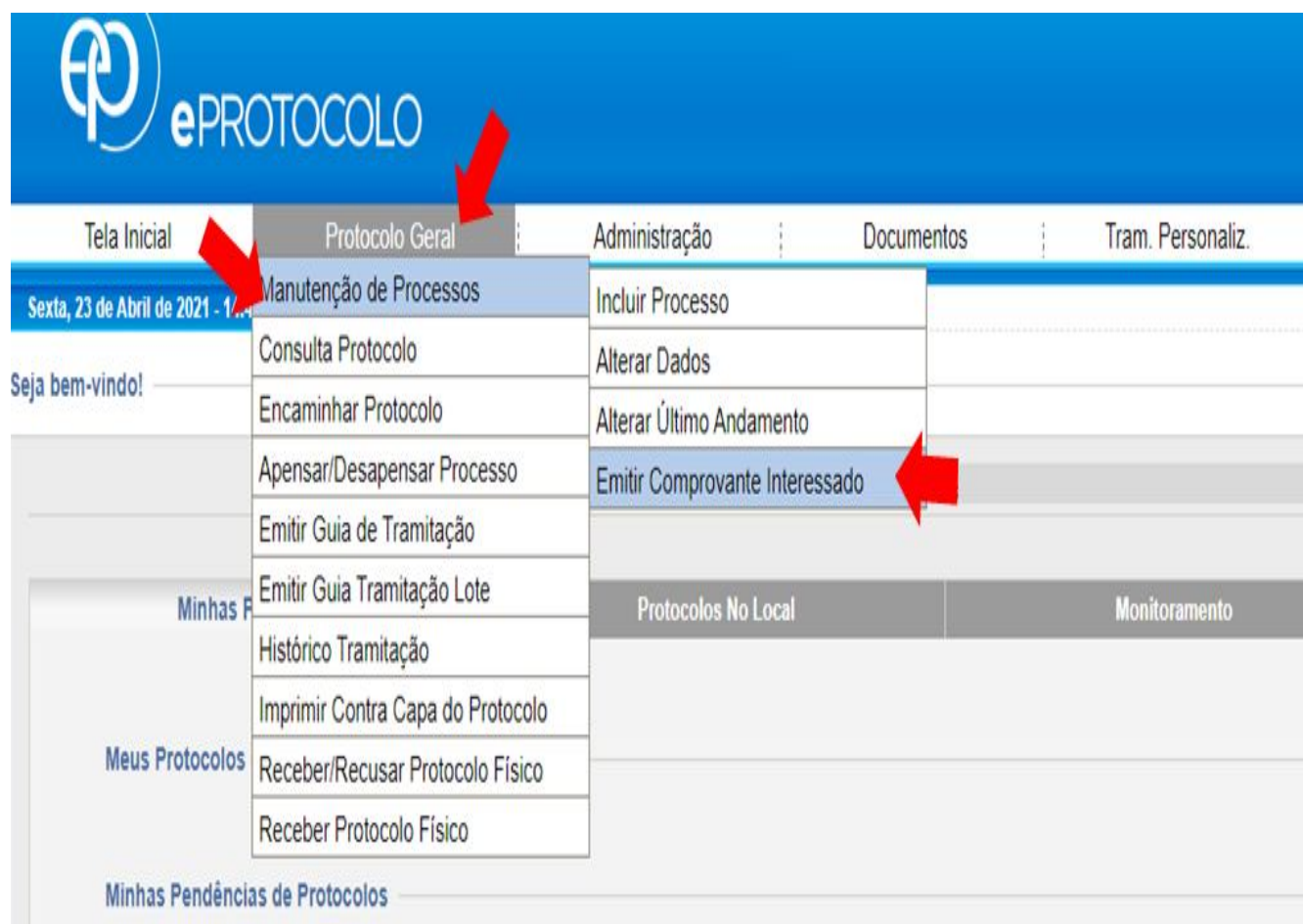
Monitorar este Protocolo: ☐

**Clicar em "próximo"**

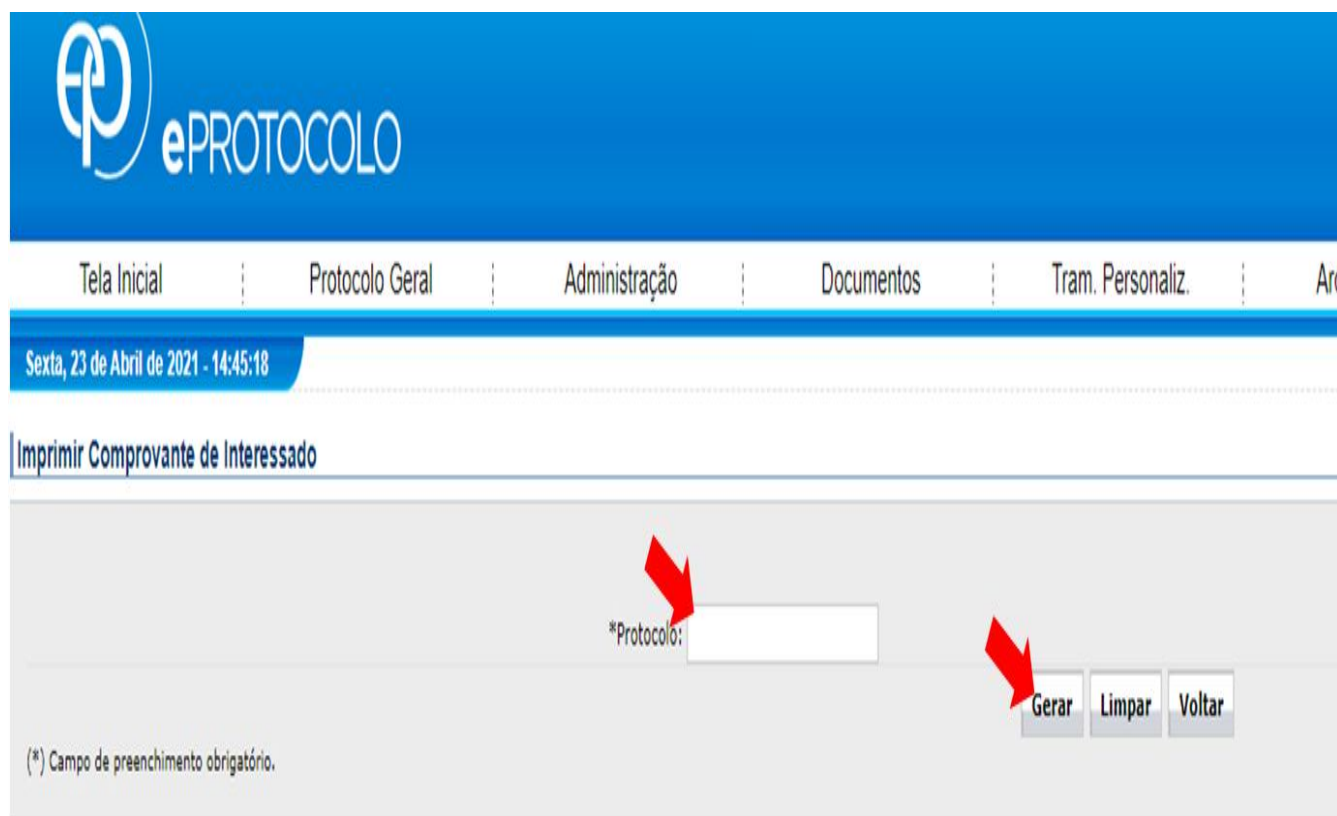
(\*) Campo de preenchimento obrigatório.



- Incluir a documentação seguindo sempre na ordem exata do checklist - não há necessidade de incluir memorando da regional.
- Verificar para que cada documento fique na posição correta e digitalização esteja bem visível no do processo.
- Se o checklist assinado não for anexado, os documentos estiverem ilegíveis ou incompletos, o processo será devolvido.
- Concluir o processo e procurar na parte de cima da página do e-protocolo:
- Protocolo Geral
- Manutenção de processos
- Emitir Comprovante Interessado



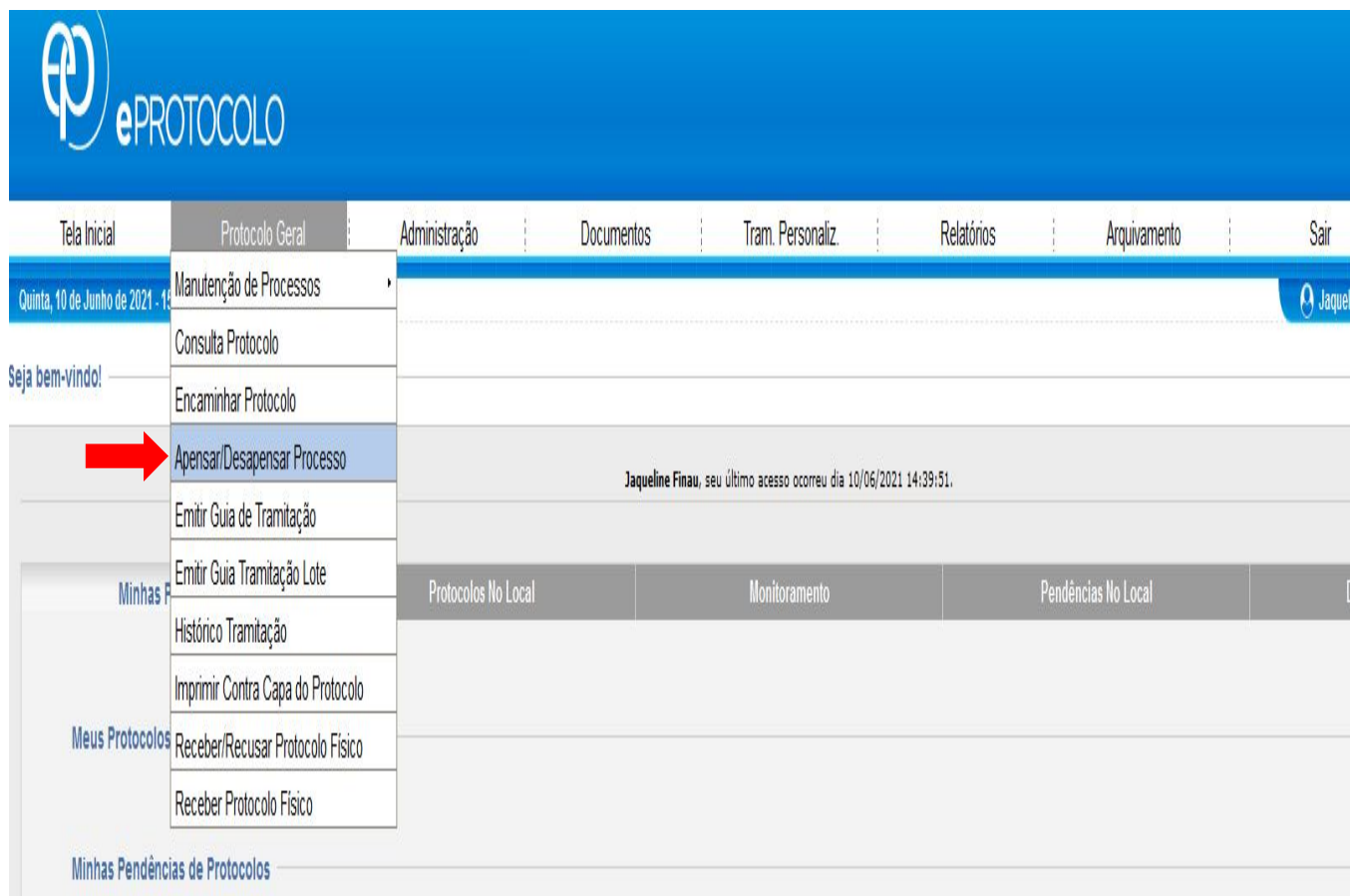
- Digitar o número do processo no campo específico, salvar o PDF que é gerado em uma pasta em rede, criada especificamente para controle destes processos e imprimir 2 cópias: uma para ser entregue ao cidadão e outra para ser colocada no prontuário do mesmo.



- No caso de solicitações de transferência ou reimplantação, o processo inicial, que deu origem ao benefício deverá ser apensado. Os processos são sempre arquivados nas regionais, se forem físicos deverão ser digitalizados para apensar no e-protocolo no formato digital. Procurar na parte de cima da página do e-protocolo:

- Protocolo Geral

- Apensar/Desapensar Processo



- Tipo de Ação: Apensar
- Número do protocolo: do processo antigo, que deu origem ao benefício.
- Protocolo Cabeça: o que acabou de ser criado e vai ser tramitado, movimentado no sistema.
- Concluir.

Se for necessário desapensar, preencher o protocolo cabeça, o número do Protocolo (que vai desapensar) e concluir.



Tela Inicial

Protocolo Geral

Administração

Documentos

Tram. Personaliz.

Relatórios

Quinta, 10 de Junho de 2021 - 15:39:22

## Apensar / Desapensar Processo

\* Tipo da Ação: ☒ Apensar ☐ Desapensar

\* Número do Protocolo:

\* Protocolo Cabeça:

(\*) Campo de preenchimento obrigatório.

Concluir

Limpar

## TRAMITAÇÃO DO PROCESSO

- RS - inclui processo no e-protocolo para SESA/DAV/COAS/PENSAO.
- SESA/DAV/COAS/PENSAO - encaminha para SESA/AJU.
- SESA/AJU - analisa, dá parecer e encaminha para SESA/DAV/COAS/PENSAO.
- SESA/DAV/COAS/PENSAO - encaminha para SESA/DAV - assinatura Diretoria DAV.
- PROCESSO INDEFERIDO - RS encaminha para que o requerente seja informado do indeferimento e direito à ampla defesa e contraditório (recurso).
- RS devolve à SESA/AJU se houver recurso para análise.
- SESA/AJU analisa recurso encaminha para SESA/DAV/COAS/PENSAO.
- SESA/DAV/COAS/PENSAO - encaminha para SESA/DAV - assinatura Diretoria DAV.
- RS repassa comunicação do indeferimento mantido, registra ciência do requerente e arquiva o processo na regional. Se o recurso for deferido, repassa comunicação do deferimento, solicita dados bancários e encaminha à SESA/GRHS/ACAF.
- PROCESSO DEFERIDO - RS fornece Declaração de Abertura de Conta Corrente Simples, anexa comunicação de deferimento, dados bancários, endereço completo do requerente e encaminha para SESA/GRHS/ACAF.
- SESA/GRHS/ACAF - formaliza resolução e solicita assinaturas do Secretário da Saúde do Estado (SESA) e da Secretaria de Estado da Administração e da Previdência (SEAP) para publicação no Diário Oficial do Estado (DIOE) e inserção no sistema da Folha de Pagamentos do Estado, com valor retroativo à data de publicação da resolução e finalmente devolve o processo para RS arquivar.

## MODELOS



## REQUERIMENTO DE IMPLANTAÇÃO OU REIMPLANTAÇÃO

Excelentíssimo Senhor Governador do Estado Do Paraná

Eu, \_\_\_\_\_

residente no município de \_\_\_\_\_

**afirmo que resido no Paraná desde \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e mesmo tendo realizado todo o tratamento conforme fornecimento e orientação, apresento incapacidades físicas causadas pela hanseníase que impedem meu sustento e de meus dependentes. Estou ciente de que devo:**

- Realizar adequadamente o tratamento orientado/fornecido, quando necessário.**
- Comparecer anualmente ao serviço SUS para avaliação, assim como meus contatos.**
- Manter meu endereço atualizado na unidade de saúde onde estou cadastrado.**

Por ser verdade, venho respeitosamente requerer à Vossa Excelência, que me conceda:

IMPLANTAÇÃO (    ) do benefício

REIMPLANTAÇÃO (    ) do benefício

E nestes termos, peço deferimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do requerente

(Se o requerente for analfabeto, ler em voz alta até que o mesmo compreenda)

## REQUERIMENTO DE TRANSFERÊNCIA

Excelentíssimo Senhor Governador do Estado Do Paraná

Eu, \_\_\_\_\_

residente no município de \_\_\_\_\_

**Afirmo que sou: ( )Cônjuge/ Companheiro ( )Tutor dos filhos menores de:**

\_\_\_\_\_

que recebia o benefício concedido pela Lei Estadual nº 8.246/1986 e faleceu em  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, e **estou ciente de que devo:**

**- comparecer anualmente ao serviço SUS para avaliação, já que sou contato de pessoa  
que teve hanseníase.**

**- manter meu endereço atualizado na unidade de saúde onde estou cadastrado.**

Por ser verdade, venho respeitosamente requerer à Vossa Excelência, que me conceda:  
TRANSFERÊNCIA do benefício de acordo com o art. 8º da Lei 8.246/1986 e sua alteração  
pela Lei 9064/1989.

E nestes termos, peço deferimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do requerente

(Se o requerente for analfabeto, ler em voz alta até que o mesmo compreenda)

## DECLARAÇÃO SUS

Excelentíssimo Senhor Governador do Estado Do Paraná

Eu \_\_\_\_\_,

RG \_\_\_\_\_ e CPF \_\_\_\_\_, declaro estar ciente que:

- 1) A solicitação de Implantação, Reimplantação ou Transferência de pensão de Hanseníase pode ser feita diretamente por mim ou por um parente, na unidade de saúde mais próxima de minha casa ou na Secretaria Municipal de Saúde.
- 2) As dúvidas sobre este benefício podem ser tratadas por mim ou por um parente, na unidade de saúde mais próxima de minha casa ou na Secretaria Municipal de Saúde.
- 3) Sendo pelo SUS, não há NENHUM CUSTO FINANCEIRO para solicitar ou tratar de assuntos deste benefício.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura ou digital do próprio requerente, independentemente de procuração.  
Se necessário, levar a declaração até a residência do requerente para assinatura.  
Se for analfabeto, ler o texto até que o cidadão tenha compreendido plenamente.  
Se for incapaz, o familiar responsável deverá assinar (anexar RG e CPF deste).

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do profissional do município que presenciou a assinatura.

## LAUDO MÉDICO

**Lei 8246 de 13 de janeiro de 1986:**

**Art. 1º.** Fica o Poder Executivo autorizado a conceder pensão mensal no valor de 01 (um) salário mínimo aos portadores de hanseníase DEFINITIVAMENTE INCAPACITADOS PARA O TRABALHO EM RAZÃO DAS LESÕES FÍSICAS OU DEFEITOS CAUSADOS PELA MOLÉSTIA, e desprovidos de fonte de renda que assegure a sobrevivência e manutenção própria de seus dependentes.

**Art. 2º.** As condições físico-sanitárias e laborativas do requerente serão descritas pelo médico da Unidade Sanitária onde ele estiver matriculado.

**Parágrafo único.** As informações médico-sociais de que tratam este artigo serão de total responsabilidade dos profissionais que as prestarem.

Preencher com letra legível

Nome do(a) requerente: \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Data nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Profissão \_\_\_\_\_

Responder:

- **SIM** para condição **causada exclusivamente pela hanseníase** e
- **NÃO** para condição ausente, ou que tenha outras causas.

A **FACE** apresenta:

Lagofthalmo \_\_\_\_\_

Ectrópio \_\_\_\_\_

Triquíase \_\_\_\_\_

opacidade corneana central \_\_\_\_\_

acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6m \_\_\_\_\_

Desabamento do nariz \_\_\_\_\_

As **MÃOS** apresentam:

lesões tróficas e/ou traumáticas ocasionadas por alteração de sensibilidade \_\_\_\_\_

garras \_\_\_\_\_

reabsorção \_\_\_\_\_

mão caída \_\_\_\_\_

Os **PÉS** apresentam:

lesões tróficas e/ou traumáticas ocasionadas por alteração de sensibilidade \_\_\_\_\_

garras \_\_\_\_\_

reabsorção \_\_\_\_\_

pé caído \_\_\_\_\_

contratura do tornozelo \_\_\_\_\_

Há outras incapacidades físicas ou complicações permanentes **causadas pela hanseníase**, quais?

---

---

---

As condições informadas acima impedem o requerente de realizar atividades laborais de modo permanente? Sim ( ) Não ( ) Justificar:

---

---

---

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Assinatura e carimbo do médico

#### DICIONÁRIO DE TERMOS

**Lagofthalmo** - incapacidade parcial ou total de fechar os olhos, acompanhado de alteração da força muscular das pálpebras, principalmente superior

**Ectrópio** - eversão e desabamento da pálpebra inferior

**Triquíase** - cílios mal implantados, voltados para dentro, roçando e ferindo a córnea

**Opacidade corneana** - perda da transparência da córnea na área central o que afeta a visão. É diferente do halo senil da córnea (linha branca ao redor da córnea) que é natural do envelhecimento.

**Acuidade visual** - realizar o teste utilizando escala de Snellen, tabela logarítmica Logmar ou verificar se a pessoa conta dedos do examinador a 6 metros

**Úlceras e lesões traumáticas** - solução de continuidade, hematomas, bolhas ou feridas em região palmar/plantar

**Garra** - presença de hiperextensão da articulação metacarpofalangeana/metatarsfalangeana com flexão da articulação interfalangeana proximal

**Reabsorção** - encurtamento das extremidades de um ou mais dedos ou artelhos

**Mão caída** - impossibilidade de realizar a extensão ativa do punho

**Pé caído** - impossibilidade de realizar a dorsiflexão ativa do pé

**Contratura** - perda da mobilidade articular passiva do tornozelo

Se forem incluídas fotos, preservar sempre intimidade e dignidade

#### AUTORIZAÇÃO PARA USO DE FOTOS

Eu \_\_\_\_\_  
requerente do benefício, ou seu representante legal, autorizo a utilização das fotos tiradas para complementar as informações do presente laudo médico.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Assinatura do requerente ou representante legal

## PARECER SOCIAL

**Lei 8246 de 13 de janeiro de 1986:**

**Art. 1º.** Fica o Poder Executivo autorizado a conceder pensão mensal no valor de 01 (um) salário mínimo aos portadores de hanseníase DEFINITIVAMENTE INCAPACITADOS PARA O TRABALHO EM RAZÃO DAS LESÕES FÍSICAS OU DEFEITOS CAUSADOS PELA MOLÉSTIA, e desprovidos de fonte de renda que assegure a sobrevivência e manutenção própria de seus dependentes.

**Art. 2º.** As condições físico-sanitárias e laborativas do requerente serão descritas pelo médico da Unidade Sanitária onde ele estiver matriculado. Suas condições sócio-econômicas serão verificadas pelo assistente social da mesma Unidade Sanitária.

**Parágrafo único.** As informações médico-sociais de que tratam este artigo serão de total responsabilidade dos profissionais que as prestarem.

Preencher com letra legível e, sempre que possível, anexar comprovantes e fotos.

### Nome do requerente:

Sexo \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ Data nascimento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Escolaridade \_\_\_\_\_ Profissão \_\_\_\_\_

Estado civil \_\_\_\_\_ R.G. \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_

RS \_\_\_\_\_ Município \_\_\_\_\_

### Nome do cônjuge/companheiro (ou do pensionista falecido em caso de transferência):

Sexo \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ Data nascimento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Escolaridade \_\_\_\_\_ Profissão \_\_\_\_\_

**Demais residentes do domicílio** - nome, parentesco ou vínculo, idade, escolaridade e atividade profissional

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**Domicílio**

( ) próprio ( ) alugado ( ) cedido ( ) outro \_\_\_\_\_

- condições externas e internas, acessibilidade, infraestrutura do local, rua, região, número de cômodos, estado geral do imóvel e mobiliário, eletrodomésticos, eletrônicos, automóveis, motocicletas, outros bens e informações pertinentes:

---

---

---

---

---

---

---

---

**Renda** - especificar todos os recursos e rendimentos (formais e informais) e respectivas fontes (ex. aluguel de imóveis, pensão alimentícia, benefícios assistenciais/ previdenciários, doações, etc. de cada membro do grupo familiar:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Total da renda familiar:** R\$ \_\_\_\_\_

**Despesas** - alimentação, moradia, locomoção, medicamentos não disponibilizados pelo SUS, necessidade de cuidador, etc.:

---

---

---

---

**Outras considerações** - situações de vulnerabilidade, risco social, informações importantes:

---

---

---

Data da visita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do assistente social

Se forem incluídas fotos, preservar sempre a intimidade e identidade.

**AUTORIZAÇÃO PARA USO DE FOTOS**

Eu \_\_\_\_\_  
requerente do benefício, ou seu representante legal, autorizo a utilização das fotos tiradas para complementar as informações do presente parecer social.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do requerente ou representante legal

## RECIBO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS E PROTOCOLO

Entreguei/Recebi toda a documentação, CONFERIDA, de:

\_\_\_\_\_  
R.G. \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_ RS \_\_\_\_\_

Município \_\_\_\_\_

E Recebi/Entreguei ao município o número de protocolo abaixo:

Nº \_\_\_\_\_

Profissional da Regional de Saúde:

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo

Profissional do Município:

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## DEVOLUÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO INCOMPLETA

Devolve-se toda a documentação de:

\_\_\_\_\_  
R.G \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_ RS \_\_\_\_\_

Município \_\_\_\_\_

Devolve:

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo

Recebe a Devolução:

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## COMUNICAÇÃO DE DEFERIMENTO DE SOLICITAÇÃO

Excelentíssimo Senhor Governador do Estado Do Paraná

Eu \_\_\_\_\_,

residente em \_\_\_\_\_

RG \_\_\_\_\_ e CPF \_\_\_\_\_, declaro estar

ciente do deferimento da minha solicitação encaminhada através do processo nº \_\_\_\_\_ e

que é minha responsabilidade:

- Realizar adequadamente o tratamento orientado/fornecido, quando necessário.
- Comparecer anualmente ao serviço SUS para avaliação, assim como meus contatos.
- Manter meu endereço atualizado na unidade de saúde onde estou cadastrado.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do requerente

## SOLICITAÇÃO DE ABERTURA DE CONTA CORRENTE SIMPLES

Solicita-se abertura de conta corrente simples, isenta de tarifas no Banco do Brasil,  
para:

\_\_\_\_\_,  
RG \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_

que obteve benefício concedido pela Lei Estadual nº 8246/86, no valor mensal de 01 (um) salário mínimo nacional, o qual será creditado mensalmente pelo Governo do Estado do Paraná.

Ressalta-se que de acordo com art. 1º da mesma Lei, o benefício será concedido aos “desprovidos de fonte de renda que assegure a sobrevivência e manutenção própria e de seus dependentes”, portanto qualquer desconto ou taxa sobre o valor recebido irá onerar demasiadamente o cidadão.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo

## COMUNICAÇÃO DE INDEFERIMENTO DE SOLICITAÇÃO

Excelentíssimo Senhor Governador do Estado Do Paraná

Eu \_\_\_\_\_,

residente em \_\_\_\_\_

RG \_\_\_\_\_ e CPF \_\_\_\_\_, declaro estar

ciente do indeferimento da minha solicitação encaminhada através do processo nº \_\_\_\_\_

e da possibilidade de recurso administrativo visando o contraditório e ampla defesa no prazo de

10 dias a contar desta data.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do requerente



## COMUNICAÇÃO DE INDEFERIMENTO MANTIDO

Excelentíssimo Senhor Governador do Estado Do Paraná

Eu \_\_\_\_\_,  
RG \_\_\_\_\_ e CPF \_\_\_\_\_, residente em  
\_\_\_\_\_

declaro estar ciente que, após análise do recurso por mim apresentado, foi mantido o indeferimento de minha solicitação, encaminhada através do processo nº \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do requerente

## COMUNICAÇÃO DE PENSIONISTA FALECIDO

Comunicamos que o pensionista:

RG \_\_\_\_\_ e CPF \_\_\_\_\_, residente no município de \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ faleceu em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Foi verificada a existência de pessoas que se enquadrem no art. 8º da Lei 8.246/1986:

**Art. 8º.** Falecendo o pensionista, o benefício será transferido ao seu cônjuge, filhos menores e incapazes, na forma da Lei. (Redação dada pela Lei 9064 de 04/09/1989)

E orientado sobre os procedimentos para essa transferência, dando ciência que:

- 1) A solicitação de transferência de pensão de hanseníase pode ser feita diretamente por mim ou por um parente, na unidade de saúde mais próxima da área de abrangência de minha residência ou na Secretaria Municipal de Saúde.
- 2) Dúvidas sobre este benefício podem ser tratadas por mim ou por um familiar, na unidade de saúde mais próxima da área de abrangência de minha residência ou na Secretaria Municipal de Saúde.
- 3) Sendo pelo SUS, não há NENHUM CUSTO FINANCEIRO para solicitar ou tratar de assuntos deste benefício.

Ciente \_\_\_\_\_

Assinatura e RG do cidadão que se enquadra nos requisitos legais

Não tenho interesse \_\_\_\_\_

Assinatura e RG do cidadão que se enquadra nos requisitos legais

Não foram localizados ou não existem: cônjuge, filhos menores ou incapazes na forma da Lei.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do funcionário do município

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## COMUNICAÇÃO DE PENSIONISTA NÃO LOCALIZADO

Comunicamos que o pensionista:

\_\_\_\_\_  
RG \_\_\_\_\_ e CPF \_\_\_\_\_, residente no município de \_\_\_\_\_

não foi localizado no endereço registrado nas datas de:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

E que nenhum meio de localização foi informado a este serviço:

\_\_\_\_\_

ou deixado para vizinhos, parentes ou outros.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do chefe do serviço de saúde e/ou do secretário municipal de saúde

## LEGISLAÇÃO

### **Lei 8246 - 13 de Janeiro de 1986**

Publicado no Diário Oficial nº. 2195 de 14 de Janeiro de 1986

**Súmula:** Autoriza o Poder Executivo a conceder pensão mensal aos portadores de hanseníase devidamente incapacitados e adota outras providências.

A Assembléia Legislativa do Estado do Paraná decretou e eu sanciono a seguinte lei:

**Art. 1º.** Fica o Poder Executivo autorizado a conceder pensão mensal no valor de 01 (um) salário mínimo aos portadores de hanseníase definitivamente incapacitados para o trabalho em razão das lesões físicas ou defeitos causados pela moléstia, e desprovidos de fonte de renda que assegure a sobrevivência e manutenção própria de seus dependentes.

**Parágrafo único.** O benefício será concedido, mediante requerimento, ao doente que, além de preencher os requisitos descritos no "caput" deste artigo, seja residente no Estado do Paraná desde pelo menos 05 (cinco) anos antes da constatação da moléstia.

**Art. 2º.** As condições físico-sanitárias e laborativas do requerente serão descritas pelo médico da Unidade Sanitária onde ele estiver matriculado. Suas condições sócio-econômicas serão verificadas pelo assistente social da mesma Unidade Sanitária.

**Parágrafo único.** As informações médico-sociais de que tratam este artigo serão de total responsabilidade dos profissionais que as prestarem.

**Art. 3º.** O Chefe da Divisão de Dermatologia Sanitária do Departamento de Epidemiologia e Controle de Doenças da Secretaria de Saúde e Bem-Estar Social mandará o requerimento de acordo com os registros do Fichário Central de Hanseníase do Estado e, por após parecer da Assessoria Jurídica da mesma Secretaria, julgará os laudos médico e social, determinando o deferimento ou não do pedido.

**Art. 4º.** Na hipótese de deferimento a Secretaria da Administração baixará Resolução concedendo o benefício.

**Art. 5º.** O pagamento do benefício será feito diretamente ao pensionista, através da rede do Banco do Estado do Paraná S/A, ou de Bancos credenciados em municípios onde não exista agência BANESTADO, atendendo critério de domicílio do beneficiário.

**Parágrafo único.** É vedado o pagamento de que trata este artigo a outra pessoa que não o pensionista, salvo quando plenamente comprovada a sua incapacidade por atestado médico da Unidade Sanitária, hipótese em que poderá tal pagamento ser feito a procurador legalmente constituído.

**Art. 6º.** A pensão será cancelada quando o beneficiário:

**I** - mudar seu domicílio para outro Estado;

~~**II** - for amparado pela Previdência Social;~~ (Excluído pela Lei 17.783/2013)

**III** - deixar de comparecer ao serviço de Dermatologia para controle de tratamento durante 12 (doze) meses, conforme Normas de Controle da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária do Ministério da Saúde.

**IV** - quando receber alta da clínica, salvo se persistir a incapacidade laborativa e/ou idade avançada.

**Parágrafo único.** Quando o pensionista for asilado definitivamente em nosocômico oficial, o benefício será reduzido a 1/3 (um terço) do valor.

**Art. 7º.** O cancelamento da pensão, de que trata o artigo 6º., será solicitado à Coordenadoria do Cadastro Central da Secretaria da Administração pela Divisão de Dermatologia Sanitária.

**Parágrafo único.** A reimplantação do pagamento do benefício cancelado poderá ser feita, desde que cessado o motivo que originou o cancelamento, e mediante solicitação por escrito, do interessado, a Divisão de Dermatologia Sanitária.

~~**Art. 8º.** Falecendo o pensionista, o benefício poderá ser transferido a sua esposa e filhos menores, na forma da Lei.~~

**Art. 8º.** Falecendo o pensionista, o benefício será transferido ao seu cônjuge, filhos menores e incapazes, na forma da Lei.

(Redação dada pela Lei 9064 de 04/09/1989)

**Art. 9º.** As despesas com a execução da presente Lei correrão pela dotação própria do Orçamento do Estado.

**Art. 10.** Fica revogada a Lei nº. 5.791, de 12 de junho de 1968.

**Art. 11.** Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.  
PALÁCIO DO GOVERNO EM CURITIBA, em 13 de janeiro de 1986.

*José Richa*

*Governador do Estado*

*Luiz Cordoní Junior*

*Secretário de Estado da Saúde e do Bem-Estar Social*

---

*Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial do Estado*

