

ANEXO VI – Termo de Esclarecimento e Responsabilidade

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

Folha 01/02

Pelo presente Termo de Esclarecimento e Responsabilidade eu, _____, inscrito no C.P.F. nº _____, RG nº _____, responsável por _____ usuário do Sistema Único de Saúde – SUS, inscrito no Tratamento Fora do Domicílio Interestadual, TFD/AL, assumo voluntariamente os seguintes compromissos:

- 1) **Renovar a cada um ano (01 ano) o Laudo Médico TFD**, preenchido por médico no Estado de Alagoas, sob pena de ter suspenso a inscrição neste TFD;
- 2) Solicitar quinzenalmente a Unidade Hospitalar onde será realizado o tratamento, **Declaração de Permanência**, a fim de comprovar os períodos em que estiver realizando tratamento médico, especificando datas de internamento e atendimento ambulatorial;
- 3) **Enviar as declarações de Permanência ao TFD/AL**, via e-mail e ligar posteriormente para confirmar o recebimento;
- 4) Apresentar ao TFD/AL, **no máximo 05 (cinco) dias úteis após o retorno ao Estado de Alagoas**, os **TICKETS** de embarque (ida e retorno), aéreo ou terrestre, de todas as passagens que forem disponibilizadas pelo TFD.

Fica o usuário, seu representante legal e acompanhante, desde já cientes de que:

- a) **Só poderá ser autorizado TFD para consulta/procedimento que for realizado através do SUS**, não sendo permitido consulta/procedimento realizado através de convênio ou cortesia;
- b) **O acompanhante deve ser maior de 18 anos e menor que 60 anos**, apresentar condições de saúde necessárias para acompanhamento. Quando acompanhante do sexo feminino, não poderá estar gestante, mesmo que nos primeiros meses de gestação;
- c) **O TFD não se responsabilizará pelo local de hospedagem do paciente em outro Estado**, ficando a critério do paciente a escolha do local de melhor conveniência;
- d) **O paciente e o acompanhante (se houver) terão direito a Ajuda de Custo** no valor de R\$ 24,75 para cada um, por dia, durante todo o tratamento, contudo, enquanto o paciente permanecer internado não serão atribuídas diárias;
- e) Não terá direito a **Ajuda de Custo (diárias)**, relativa ao período em que não apresentar prova documental (DECLARAÇÃO), emitida pela Unidade Hospitalar onde o usuário esteve em tratamento médico;
- f) Só será permitida troca de acompanhante por motivos de saúde ou trabalho, sendo necessário apresentar declaração justificando o motivo da troca e designando o novo acompanhante;
- g) **Não poderá permanecer no Estado onde realizou o tratamento após a Alta Hospitalar/Ambulatorial**, devendo enviar Relatório Médico ao TFD Interestadual para solicitar a liberação de passagens de retorno ao Estado de Alagoas, imediatamente após o último procedimento realizado;
- h) **Quando for agendada consulta/procedimento num prazo inferior a 30 (trinta) dias, o paciente e seu acompanhante devem permanecer no Estado de destino**, só retornando ao Estado de origem quando for agendado retorno para um prazo maior que 30 (trinta) dias;
- i) **Caso o paciente ou seu representante legal não apresente no TFD os Tickets das passagens**, fica vetado o direito à liberação de próximas viagens pelo TFD Interestadual/AL até regularização de entrega;



ANEXO VI – Termo de Esclarecimento e Responsabilidade

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

Folha 02/02

- j) Os pacientes e familiares que optarem, por quaisquer motivos, em fixar residência no município/estado em que realizam o tratamento, não mais receberão ajuda de custo ou deslocamento do TFD Interestadual/AL, o qual se destina à pacientes **em deslocamento** para procedimentos médicos fora do seu município/estado de residência, conforme Portaria SAS nº 055/1999;
- k) **Caso ocorra a reemissão de passagem por motivo de perda de voo, fica o paciente ou seu responsável legal e seu acompanhante cientes de que arcarão com a taxa cobrada pela reemissão e diferença no valor da tarifa da passagem (se houver) diretamente com a companhia aérea.**

Designo como Acompanhante:

Nome: _____
 Documento de Identidade Nº _____ expedido por _____,
 CPF: _____, Cartão Nacional de Saúde Nº _____,
 residente à Rua/Avenida _____, Nº _____,
 Bairro: _____, CEP: _____, no município
 de _____, UF: _____, telefone(s) para
 contato: _____

Por ser expressão de verdade, firmo o presente.

Local e data: _____/AL, ____/____/____

 Assinatura do paciente/responsável

 Assinatura do acompanhante (se houver)

