

ANEXO X – Declaração de Orientações para Tratamento Fora de Domicílio - Interestadual

Declaro junto ao Programa Tratamento Fora do Domicílio, que fui orientado (a) nesta data, e estou ciente e de acordo com as normas e rotinas referentes aos direitos e deveres do usuário (paciente, acompanhante, doador) conforme previsto na Portaria/SAS 055 de 24/02/99 e Manual de TFD do Estado de Alagoas aprovado em Resolução CIB nº 075, de 30 de outubro de 2017, publicado no DOE/AL no dia 27 de dezembro de 2017, sob pena de não usufruir do benefício, que:

- Deverei apresentar a data de agendamento e reagendamento com antecedência de 30 (trinta) dias, juntamente com o comprovante de agendamento da Unidade Executante;
- Deverei informar com antecedência, qualquer motivo que impeça o comparecimento à consulta;
- A troca de acompanhante e/ou a pessoa responsável deverá ser feita em 30 (trinta) dias antes e com apresentação de cópia da RG e Cartão do SUS. Não será autorizada troca de acompanhante sem justificativa prévia;
- Não havendo atendimento médico o paciente deverá informar imediatamente ao setor de TFD de sua região;
- O usuário receberá ajuda de custo por no máximo 15 dias durante o mês, caso fique em tratamento ambulatorial por período maior, deverá solicitar à Unidade Executante declaração comprovando o período que está sendo acompanhado. Pacientes internados não serão contemplados pela ajuda de custo, apenas seu acompanhante (se for o caso), que também deverá apresentar declaração da Unidade Executante comprovando o período;
- Paciente com débito de algum documento ou comprovante solicitado não viajará pelo programa;
- Na perda de passagens ou do relatório médico de atendimento o pagamento deverá ser assumido pelo paciente. Em caso de autorização de transporte aéreo, NÃO será feita troca de passagens após a emissão dos bilhetes;
- Após o tratamento, o beneficiário ou representante legal deverá realizar prestação de contas até 05 dias úteis após seu retorno no setor de TFD de sua região. Após este prazo o paciente ficará sob pena de não usufruir mais deste benefício;
- Fico ciente que em caso de não utilização do recurso ou parte dele terei que devolver o valor da ajuda de custo ao setor de TFD de minha região, que tomará as devidas providências, sob pena de não usufruir mais deste benefício;
- O usuário que viajar sem processo de TFD autorizado NÃO será reembolsado;
- Fico ciente de que este processo de TFD autorizado possui validade por um período de 01 (hum) ano contando da data do laudo médico e que, se necessário, deverei renová-lo em tempo hábil;
- Havendo necessidade de permanecer em tratamento fora do período previsto, o paciente deverá imediatamente informar ao setor de TFD da sua região com comprovante médico da Unidade onde está realizando o tratamento para que seja efetuado o complemento do pagamento da ajuda de custo. O usuário que permanecer fora por conta própria não terá direito a reembolso em hipótese alguma.
- O usuário do Programa de TFD deve estar com endereço e telefones atualizados.

Horário de atendimento ao público: dias úteis, das 08h00 às 17h30.

Informações sobre liberação de passagens, solicitação de complementação de ajuda de custo, prestação de contas ou em caso de óbito do paciente, entrar em contato por meio dos telefones: (82) 3315-6550 / 3315-5117

Assinatura do responsável: _____

CPF: _____

Data: _____ de _____ 20_____

