

**ANEXO XIV – Termo de Responsabilidade de Acompanhante com Idade Superior ao Limite de 60(sessenta) anos.****TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ACOMPANHANTE COM IDADE SUPERIOR AO LIMITE (ACIMA DE 60 ANOS)**

Eu, \_\_\_\_\_  
, \_\_\_\_\_ (nacionalidade) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (estado civil) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (profissão) \_\_\_\_\_, (portador(a) do RG nº), \_\_\_\_\_, com residência e domicílio (endereço) \_\_\_\_\_, acompanhante exclusivo(a) de paciente/usuário do TFD/AL, venho por meio deste, **DECLARAR** ter ciência da idade limite, legal e recomendada para os acompanhantes nas viagens interestaduais com fins de tratamento/realização de cirurgia/consulta (60 anos), bem como, ainda assim, **DECLARAR** possuir capacidade cognitiva e física, ora características indispensáveis à garantia da segurança do paciente inscrito por meio do prontuário de nº (número do prontuário) \_\_\_\_\_, não obstante possuir idade (idade do acompanhante), \_\_\_\_\_ **sob as penas das leis com a consequente suspensão dos oferecidos pela Portaria SAS/MS nº 55 de 24 de fevereiro de 1999.**

Local e data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Declarante**

CPF/MF nº \_\_\_\_\_

