



**ANEXO 4 – TERMO DE CIÊNCIA PARA PACIENTES DO PROGRAMA TFD INTERESTADUAL**

Declaro, para os devidos fins, junto ao Programa de Tratamento Fora do Domicílio (TFD), 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 ou doador), conforme Portaria/SAS nº 055/1999 e Manual de TFD do Estado de Santa Catarina (Deliberação CIB nº 30/2017), sob pena de não usufruir do benefício, que:

1. Deverei apresentar agendamento ou reagendamento com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, junto com o comprovante da Unidade Executante;
2. Deverei informar previamente qualquer motivo que impeça o comparecimento à consulta;
3. A troca de acompanhante/responsável deve ser solicitada com 30 (trinta) dias de antecedência, apresentando RG e Cartão SUS. Não será autorizada sem justificativa;
4. Caso não haja atendimento médico, o paciente deverá comunicar imediatamente ao setor de TFD da sua região;
5. O usuário receberá ajuda de custo por até 15 dias no mês em tratamento ambulatorial. Se o período for maior, deverá apresentar declaração da Unidade Executante. Pacientes internados não recebem ajuda de custo, apenas o acompanhante (quando autorizado), também mediante declaração;
6. Para confirmar a liberação de recursos, o responsável deve entrar em contato com o setor de TFD até 5 dias úteis antes da viagem;
7. Paciente com pendência de documentos não poderá viajar pelo programa;
8. Em caso de perda de passagens ou relatório médico, os custos serão assumidos pelo paciente. Passagens aéreas não poderão ser alteradas após a emissão;
9. Após o tratamento, o beneficiário ou representante legal deverá prestar contas no setor de TFD até 5 dias úteis após o retorno, sob pena de suspensão do benefício;
10. Em caso de não utilização total ou parcial do recurso, o valor deverá ser devolvido ao setor de TFD;
11. Viagens realizadas sem processo de TFD autorizado não serão reembolsadas;
12. O processo de TFD autorizado tem validade de 1 (um) ano a partir da data do laudo médico, devendo ser renovado em tempo hábil se necessário e em casos de transplante a validade será de 2 (dois anos);
13. Se houver necessidade de permanecer em tratamento além do previsto, o paciente deverá comunicar imediatamente o setor de TFD, apresentando comprovante médico da Unidade



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Executante. Permanência por conta própria não gera direito a reembolso;

14. O usuário do Programa de TFD deve manter endereço e telefones atualizados.

**Estou ciente que pacientes internados não estão contemplados pela ajuda de custo, apenas seu acompanhante.**

Estou ciente que o valor da ajuda de custo é baseado na tabela do SIGTAP (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS) conforme consta na Portaria do Ministério da Saúde MS/SAS nº 2.848/07, com os seguintes códigos:

|                |  |           |
|----------------|--|-----------|
| 08.03.01.002.8 | Ajuda de custo para alimentação sem pernoite | R\$ 8,40  |
| 08.03.01.004.4 | Ajuda de custo para alimentação com pernoite | R\$ 24,75 |

**Em caso de óbito do paciente, contatar pelos telefones:(48) 99156-8727 / (48) 99106-6542.**

Local e data:

Paciente:

---

(assinatura e nome completo)

Acompanhante/Responsável:

---

(assinatura e nome completo)