

## **TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE**

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito no CPF \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, responsável legal por \_\_\_\_\_, paciente SUS, cartão nº \_\_\_\_\_, declaro que fui orientada (o) sobre o procedimento do Tratamento Fora do Domicílio, ficando ciente de todos os termos e condições deste programa municipal.

Fica o usuário (a) ou responsável legal, desde já ciente de que:

- 1) Deverá renovar a cada 06 (seis) meses o Formulário para Reembolso do TFD, sob pena de ser negado os valores gastos com o transporte e/ou alimentação;
- 2) O paciente e acompanhante, terão direito ao reembolso dos gastos com alimentação com o comprovante dos gastos, sendo estes limitados ao valor de R\$66,00 (sessenta e seis reais) para cidades localizadas até 150 Km; de R\$95,00 (noventa e cinco reais) para cidade localizadas entre 150 Km e 350 Km; de R\$101,00 (cento e um reais) para cidades localizadas acima de 350 Km, por pessoa, por dia de atendimento, durante todo o período de tratamento, desde a sua saída até o seu retorno à cidade de São Lourenço/MG.
- 3) O paciente deverá entregar junto com os comprovantes das despesas com alimentação o comprovante de permanência/passagem no centro de tratamento.

São Lourenço/MG, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

---

Assinatura do paciente ou responsável legal