



**ANEXO IV**

**TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE**

Eu (nome do paciente ou responsável), \_\_\_\_\_,  
RG \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, residente e domiciliado à Rua/Avenida  
\_\_\_\_\_, nº. \_\_\_\_\_, Bairro  
\_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_, município \_\_\_\_\_,  
com o(s) telefone(s) para contato \_\_\_\_\_, solicito a concessão do  
benefício do Tratamento Fora de Domicílio (TFD) à Gerência de TFD/SES/MS, e declaro estar ciente e de  
acordo com o disposto na **Portaria SAS/MS nº. 55, de 24/02/1999**, bem como, no **Manual  
Estadual do Tratamento Fora do Domicílio de Mato Grosso do Sul e normatizações  
subsequentes, disponíveis para consulta no endereço eletrônico.**

Conforme justificativa médica, no Laudo Médico Para Solicitação de Tratamento Fora do Domicílio,  
**designo** a pessoa abaixo identificada para ser meu (minha) acompanhante, anexando a este Termo  
cópia de seus documentos pessoais (RG, CPF e CNS), de acordo com a Portaria SAS/MS nº. 55/1999 e o  
Manual Estadual do Tratamento Fora do Domicílio, que normatizam a concessão de benefícios para  
deslocamento de acompanhante, nos casos em que houver indicação e justificativa médica:

**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) p/ contato:  
\_\_\_\_\_

Por ser expressão de verdade, firmo o presente.

Local e data: \_\_\_\_\_/MS, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente/responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do acompanhante (se houver)