**ANEXO V**

*(em papel timbrado da Unidade de saúde, fora do estado de MS, onde o paciente realizou o TFD)*

**RELATÓRIO DE TFD PARA SOLICITAÇÃO DE AJUDA DE CUSTO**

*(informações mínimas necessárias)*

Informamos que o (a) paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ foi atendido (a) neste estabelecimento de saúde, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), conforme abaixo:

O atendimento foi: Ambulatorial ( ) Hospitalar ( ) Ambos ( )

Data/período do atendimento ambulatorial: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data/período da internação hospitalar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Se houve internação, o acompanhante permaneceu junto ao paciente durante esse período, no Hospital? Sim ( ) Não ( )

A(s) área(s)/especialidade(s) envolvida(s) no atendimento foram: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Município/UF e data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Carimbo e Assinatura do (a) Assistente Social

Telefone/E-mail

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Paciente/Responsável

*OBS: Este Relatório deverá ser enviado à Gerência do TFD/MS, com a finalidade de comprovar o TFD e solicitar Ajuda de Custo.*

*Se necessário, entrar em contato com a Gerência de TFD/SES/MS: Telefone (67) 3378-3540, FAX (67) 3378-3568 e e-mail* *tfd@saude.ms.gov.br*

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Para uso da Gerência do TFD/MS**:

Nº de dias para concessão de Ajuda de Custo ao paciente: \_\_\_\_\_

Nº de dias para concessão de Ajuda de Custo ao acompanhante: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Carimbo/Assinatura do Médico Autorizador /CNS