

REQUISIÇÃO DE TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO – TFD

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | **PROTOCOLO DE AGENDAMENTO:**  **3230802024093024889701** | | |
| **IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO** | | | | | |
| Nome: **NANCI DOS SANTOS AMABILI** | | Data de Nascimento: **13/08/1963** | | | Inscrição: |
| Número da Carteira (CIB): **0501012998770083** | | Plano: **GEAP REFERENCIA** | | | |
| Logradouro: **RUA EVA TEIXEIRA COUY, 1590** | | | | Complemento: | |
| Bairro: **COLINA PARK 1** | Cidade/UF: **JI-PARANÁ / RO** | | | Cep: **76.906-574** | |
| E-mail: [**nanciamabili@gmail.com**](mailto:nanciamabili@gmail.com) | | | | Telefone: (**69) 9 9972-2960** | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ACOMPANHANTE:**  sim | Xnão | | | |
| **JUSTIFICATIVA:**  Maior de 60 ou menor de 18 anos | Pessoas portadoras de deficiência ou com necessidades especiais, mediante declaração médica. | | | |
| Nome: | | CPF: | RG: | Data de Nascimento: |

|  |  |
| --- | --- |
| **DESCRIÇÃO DA SOLICITAÇÃO:** | **CÓDIGO TUSS:** (**campo não obrigatório)** |
| SOLICITO TFD PARA ME DESLOCAR DE JI-PARANÁ À PORTO VELHO (ÔNIBUS IDA E VOLTA ) |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO:** |
| POR INDICAÇÃO DA REUMATOLOGISTA PRECISEI PASSAR PELO ORTOPEDISTA, DR. RANIERE, QUE ME PEDIU EXAMES E AGORA PRECISO RETORNAR LEVAR OS EXAMES E DAR PROSSEGUIMENTO AO TRATAMENTO  SOLICITO TFD “IDA E VOLTA” A PORTO VELHO (ÔNIBUS) - PARA CONSULTA AGENDADA DIA 07 DE OUTUBRO DE 2024 ÀS 14:00hs NA CLINICA COF. |

1. A autorização para Tratamento Fora de Domicílio – TFD, será efetuada quando forem esgotadas todas as possibilidades de atendimento por indisponibilidade e/ou inexistência de prestador nos municípios limítrofes demandado e região saúde à qual faz parte o município, desde que pertencentes à área geográfica de abrangência, respeitado o disposto na RN 259/2011;
2. O Tratamento Fora de Domicílio – TFD, não contempla cobertura para hospedagem e alimentação;
3. Havendo a necessidade de complementação de documentação, o prazo para a análise conclusiva passará a contar a partir da data de entrega dos documentos;
4. Após o retorno à localidade de origem, para a solicitação de reembolso do transporte de TFD deverão ser apresentados laudos emitidos pelo médico assistente, o qual executou o atendimento, recibos ou notas fiscais. O prazo para entrega junto à Unidade Administrativa será de até 10 dias corridos;
5. Não serão reembolsadas as despesas de TFD sem a autorização prévia da GEAP;
6. Havendo desistência e/ou alteração do meio de transporte autorizado, o beneficiário é responsável pelos gastos adicionais não previstos.
7. Declaro que fui orientado quanto aos normativos que regulamentam o processo de solicitação de Tratamento Fora de Domicílio - TFD e estou ciente que havendo autorização as informações referentes a: local de agendamento, data, hora e meio de transporte, serão informados pela GEAP conforme previsto na RN 259/2011 da ANS;
8. Estou ciente que os documentos entregues devem estar assinados, legíveis e sem rasuras.

**TERMO DE CIÊNCIA**

|  |  |
| --- | --- |
| **RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES (SOLICITANTE)** | |
| Nome Completo: **NANCI DOS SANTOS AMABILI** | |
| CPF: **192.070.932-00** | **Assinatura do Beneficiário ou Responsável Legal** |
| JI-PARANÁ 30 / 09 / 2024 .  **Local e data** |