

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ Nº 11.422.700/0001-90

REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO TFD- TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO

Conforme a Portaria nº55/1999 e do Art. 60 CF/88.

Nome: Valclecio Gonçalves da Silva

Fone: (62) 9-9673-8325

End: Rua Heraclito Texeira nº 05, Bairro: Vila Veredas Município: Sítio D'Abadia-GO

Naturalidade: Formosa-GO

Data Nasc: 28/02/1994

RG: 5746560 / Órgão emissor/UF: SSP - GO

CPF: 057.774.601-43

Família possui cadastro no CRAS: () não (X) sim

Benefício Solicitado:

() Benefício Aux. Funeral

() Benefício Aux. Natalidade

(x) Outros Benefícios: Ajuda de custo no valor R\$ 390,00 – Referente: setembro, conforme anexo abaixo.
(Vale Alimentação) - TFD- Tratamento Fora de Domicílio.

DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO

O senhor Valclecio Gonçalves da Silva, tem Insuficiência Renal Crônica e Hipertensão Arterial, realiza hemodiálise na policlínica em Posse-GO três vezes por semana. Relata que apesar de estar recebendo a aposentadoria por invalidez, que a renda não é suficiente para arcar com todas as despesas familiares, alimentícia e de seus medicamentos, relata que tem dois filhos menores de idade, sua esposa está desempregada, ambas são dependentes do supracitado. Relata também que

estão passando por dificuldades financeiras, necessita da ajuda para arcar com sua alimentação na Policlínica durante sua hemodiálise, pois depois que termina o transporte retorna para trazê-lo para casa.

Conforme em anexo da Policlínica de Posse-GO o supracitado é portador de doença Renal Crônica e Hipertensão Arterial, não tem condições financeiras em arcar com todas as despesas familiar e alimentícia, necessita da ajuda de custo para arcar com as despesas da alimentação durante seu tratamento de saúde. Faz duas refeições no local, paga R\$ 15,00 por cada refeição, por dia paga R\$ 30,00, pelas refeições realizadas no local, no mês de Setembro de 2025 realizou 13 viagens para a Policlínica em Posse-GO, conforme segue em anexo.

Desde já coloco-me à disposição para maiores esclarecimentos necessários.

Atendido por:

Alina Silva Santos

Data do atendimento: 08/010/2025

Encaminhado para: Secretaria Municipal de Saúde

Parecer: ☒ Deferido

(☐ Indeferido)

Sebastião Augusto A. de Moura
Secretário Mun. de Saúde
CNPJ: 11.422.700/0001-90
Decreto nº 1.191/2025

Secretário (a) _____

Valdeci Gonçalves da Silva

Assinatura do Beneficiário (a)

Aline Silva Santos

Assistente Social



Sebastião Augusto A. de Moura
Secretário Mun. de Saúde
CNPJ: 11.422.700/0001-90
Decreto nº 1.191/2025

Secretaria de Saúde



POSSE
Policlínica
Estadual da
Região
Nordeste

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

PEDIDO DE TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO - PTFD

Paciente: Valclecio Gonçalves da Silva

Unidade: Policlínica Posse

Contato: (61) 99961-9898

TRATAMENTO	DATA	ASSINATURA
Hemodiálise	02/09/25	
Hemodiálise	04/09/25	
Hemodiálise	06/09/25	
Hemodiálise	09/09/25	
Hemodiálise	11/09/25	
Hemodiálise	13/09/25	
Hemodiálise	16/09/25	
Hemodiálise	18/09/25	
Hemodiálise	20/09/25	
Hemodiálise	23/09/25	
Hemodiálise	25/09/25	
Hemodiálise	27/09/25	
Hemodiálise	30/09/25	

Dr. Artur Cleuto Onda
Nefrologista
CREMEGO 01803 / RQE 17222