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 Heráclito 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$ 360,00 – Referente: fevereiro, conforme anexo abaixo. (Vale Alimentação) - TFD- Tratamento Fora de Domicilio.

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 traze-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 fevereiro de 2026 realizou 12 viagens para a Policlínica em Posse-GO, conforme segue em anexo.

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

Atendido por: Ana Paula C. Ribeiro

Data do atendimento: 06/03/2026

Encaminhado para: Secretaria Municipal de Saúde

Parecer: (X) Deferido ( ) Indeferido

Augusto A. da Moura
Sec. Mun. de Saúde
11.422.700/0001-90
Decreto nº 1.191/2025

Secretário (a) _____

Valdecio Gonçalves da Silva
Assinatura do Beneficiário (a)

Ana Paula Correia Ribeiro
Assistente Social
CRESS - 7153
19º Região

Assistente Social

Sebastião Augusto
Secretaria
CNPJ: 11
Decreto nº 2025

Secretaria de Saúde