169
409

REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO TFD- TRATAMENTO FORA DE DOMICILIO

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

Nome: Sidiney Barbosa da Silva **Fone:** (61) 9-9813-3657

End: Rua da Palha, Setor: Central **Município:** Sítio D'Abadia-GO

Naturalidade: Sítio D'Abadia - GO **Data Nasc**: 05/12/1973

RG: 3640675 / Órgão emissor/UF: SSP - GO **CPF:** 868.037.191-20

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 Sidiney Barbosa da Silva, tem Insuficiência Renal Crônica e Hipertensão Arterial, realiza hemodiálise na policlínica em Posse-GO três vezes por semana. Relata que ainda não recebe nenhuma aposentadoria no momento, recebe apenas o bolsa família, relata também que está passando por dificuldades financeiras, necessita da ajuda para arcar com sua alimentação na Policlínica durante sua hemodiálise, o mesmo se alimenta no local, após o procedimento médico 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 para arcar

com todas as despesas alimentícias, pois tem um alto gasto com o seu tratamento, necessita da ajuda de custo para arcar com as despesas da alimentação durante seu tratamento de saúde. Fez duas refeições no local, pagou R$ 15,00 por cada refeição, sendo 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 Correa Ribeiro

Data do atendimento: 06/03/2026

Encaminhado para: Secretaria Municipal de Saúde

Secretário (a) _____

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

Parecer: (X) Deferido ( ) Indeferido

Assinatura do Beneficiário (a)

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

Assistente Social

Secretaria de Saúde