



GOVERNO DE SERGIPE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
Complexo Regulatório do Estado de Sergipe  
Central de Tratamento fora de Domicílio - TFD

## TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ACOMPANHANTE

Eu, \_\_\_\_\_,  
RG: \_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_, venho através deste, formalizar  
minha responsabilidade em acompanhar, e dar suporte necessário ao paciente,  
\_\_\_\_\_, em viagem para consulta/internamento no dia  
\_\_\_\_\_ no(a) \_\_\_\_\_ em  
\_\_\_\_\_. Fui orientada pela regulação médica e pelo serviço social do  
TFD, que só posso retornar junto com paciente, após alta médica, pois não é realizada troca  
de acompanhante, exceto se for quadro clínico de saúde, mediante relatório médico.

Aracaju-SE \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Declarante / CPF