

This file has been cleaned of potential threats.

To view the reconstructed contents, please SCROLL DOWN to next page.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ALEXÂNIA
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE – CMS**

**PROTOCOLO DE TRANSPORTE SANITÁRIO ELETIVO – TSE PARA
TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO – TFD**

1. Quais são as finalidades deste Protocolo:

- 1.1. Assegurar a qualidade e a continuidade do atendimento dos serviços de caráter eletivo oferecidos pelo SUS;
- 1.2. Garantir a mobilidade dos usuários do SUS que apresentam quadro de mobilidade nula ou reduzida, permanente ou temporária, que dificultam sua locomoção;
- 1.3. Garantir a publicidade e a transparência da prestação do serviço do Transporte Sanitário Eletivo – TSE no âmbito do Município de Alexânia/GO;
- 1.4. Evitar o desvio de finalidade do serviço de Transporte Sanitário Eletivo – TSE no âmbito do Município de Alexânia/GO; e
- 1.5. Aplicar correta e eficientemente os recursos financeiros destinados à Saúde do Município de Alexânia/GO.

2. O que é o Transporte Sanitário Eletivo – TSE:

2.1. O Transporte Sanitário Eletivo – TSE do Município de Alexânia/GO é um serviço de transporte destinado a realizar o deslocamento programado de usuários/pacientes comprovadamente residentes no Município de Alexânia/GO atendidos pelo SUS, e, quando necessário, do seu acompanhante, para realizarem Tratamentos Fora do Domicílio – TFDs¹ (procedimentos não urgentes e de caráter eletivo, como internações, tratamentos, consultas e exames, que não estão disponíveis na Rede Municipal do Sistema Único de Saúde – SUS de Alexânia/GO), mediante a prévia regulação ou agendamento para atendimento de saúde na rede pública, conveniados ou contratados pelo SUS, nas regiões de saúde de referência e pactuados com o Município de Alexânia/GO.

3. Quem pode solicitar o TSE:

3.1. O **usuário/paciente ou o seu responsável legal**, possuidor do Cartão Nacional de Saúde – CNS, comprovadamente residente no Município de Alexânia/GO, portador de necessidade especial e/ou com dificuldade de locomoção em veículo próprio ou em transporte coletivo, e que esteja prévia e comprovadamente regulado e/ou agendado para os seguintes TFDs do SUS ou conveniados ou contratados pela Secretaria Municipal de Saúde – SMS de Alexânia/GO:

- 3.1.1. Exame clínico;
- 3.1.2. Internação cirúrgica;
- 3.1.3. Internação clínica;
- 3.1.4. Quimioterapia;
- 3.1.5. Radioterapia;
- 3.1.6. Hemodiálise;
- 3.1.7. Consulta médica;

¹ **Tratamento Fora de Domicílio – TFD:** serviço de tratamento ambulatorial, hospitalar, consultas e cirurgias do SUS, previamente agendado pela unidade executante, para usuários/pacientes portadores de doenças não tratáveis no município ou no Estado onde residem, por ausência ou inexistência do tratamento adequado.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALEXÂNIA
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE – CMS

3.1.8. Avaliação médica; e

3.1.9. Serviços de reabilitação.

4. Com que antecedência deverá ser solicitado o TSE:

4.1. Com **72 (setenta e duas) horas de antecedência** do horário agendado ou regulado dos TFDs referidos no item 3 deste Protocolo.

5. Onde deve ser solicitado o TSE:

5.1. Na **Coordenação de Transporte Sanitário Eletivo – COTSE/SMS**, Sala 10 do Centro de Saúde JK, localizado na Rua 15 Novembro, Quadra 100, Área Especial, Lotes 01 a 04, Setor Central, Alexânia/GO, nos dias úteis, das 07 (sete) horas às 17 (dezesete) horas.

6. Como deverá ser solicitado o TSE:

6.1. **Pessoalmente**, pelo usuário/paciente ou o seu responsável legal, que deverá apresentar:

6.1.1. Cartão Nacional de Saúde – CNS do usuário/paciente;

6.1.2. Comprovante de residência do usuário/paciente, com data de expedição de, no máximo, 03 (três) meses; e

6.1.3. Comprovante do agendamento ou da regulação do TFD para o usuário/paciente.

6.2. O usuário/paciente ou o seu responsável legal solicitante do TSE deverá:

6.2.1. Preencher e assinar a Solicitação de TSE Continuado ou Eventual (Anexo I ou II deste Protocolo);

6.2.2. Responder o Formulário de Cadastro do TSE (Anexo III deste Protocolo); e

6.2.3. Assinar o Termo de Compromisso do TSE (Anexo IV deste Protocolo).

7. Quem responde a Solicitação de TSE:

7.1. A Coordenação de Transporte Sanitário Eletivo – COTSE/SMS é a unidade administrativa responsável por analisar, responder, programar e confirmar o TSE.

8. Como o usuário/paciente ou o seu responsável legal é avisado do TSE:

8.1. Por contato telefônico ou envio de mensagem por WhatsApp para o Solicitante, usuário/paciente ou o seu responsável legal, feito pela Coordenação de Transporte Sanitário Eletivo – COTSE/SMS, que informará qual será o itinerário, os horários, o veículo e o condutor que prestará o TSE.

9. O TSE está impedido de realizar, salvo por ordem judicial:

9.1. Transporte de urgência ou emergência;

9.2. Transporte de acompanhante do usuário/paciente quando clinicamente não for necessário;

9.3. Transporte de mais de 01 (um) acompanhante, quando clinicamente for necessário, por usuário/paciente;

9.4. Transporte de usuário/paciente menor de 18 (dezoito) anos desacompanhado do seu responsável legal;



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALEXÂNIA
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE – CMS

- 9.5. Transporte para clínicas ou hospitais privados, salvo quando esses são conveniados ou contratados pelo SUS do Município de Alexânia/GO;
- 9.6. Transporte para tratamento estético;
- 9.7. Transporte para a realização de perícia médica junto ao INSS ou ao Poder Judiciário;
- 9.8. Transporte para a visitação em hospitais, clínicas e afins, públicos ou privados;
- 9.9. Transporte para o retorno de usuários/pacientes após alta médica;
- 9.10. Transporte de pessoas que não atendem os requisitos e exigências previstos neste Protocolo;
- 9.11. Transporte individual ou exclusivo de usuário/paciente, responsável legal e acompanhante;
- 9.12. O embarque ou desembarque no TSE na residência do usuário/paciente, do responsável legal ou do acompanhante, salvo se o usuário/paciente estiver acamado, for cadeirante e/ou tiver dificuldade de locomoção clinicamente comprovada; e
- 9.13. Transporte para TFD interestadual (compete ao Governo do Estado de Goiás prestar o serviço de apoio logístico para deslocamento e ajuda de custo em casos de assistência em saúde prestada fora do estado de Goiás).

10. O que é TFD interestadual:

10.1. A Secretaria de Estado de Saúde do Estado de Goiás – SES/GO, atendendo à determinação da Portaria SAS/MS nº. 55/1999, que normatiza o Tratamento Fora de Domicílio – TFD, publicou a Portaria GAB/SES nº. 1.700/2022, que institui o **Manual de Regulação do Tratamento Fora de Domicílio Interestadual – Estado de Goiás**, que regulamenta os procedimentos administrativos referentes à concessão e operacionalização do TFD aos pacientes atendidos residentes no Estado de Goiás.

10.2. O Tratamento Fora de Domicílio – TFD interestadual consiste num serviço de apoio logístico para deslocamento e ajuda de custo em casos de assistência em saúde prestada fora do estado de domicílio do usuário/paciente e destina-se a atender exclusivamente a usuários/pacientes ambulatoriais do SUS, portadores de patologias consideradas de alta complexidade e comprovadamente sem resolução assistencial na rede de saúde disponível pelo SUS no Estado de Goiás.

11. Quem pode requerer o TFD interestadual:

11.1. O TFD será concedido a usuários/pacientes com agendamento comprovado em Unidade de Saúde fora do Estado de Goiás, quando esgotadas todas as alternativas assistenciais na rede de saúde disponível pelo SUS no Estado de Goiás (própria, conveniada ou contratada), desde que haja perspectiva de cura total ou parcial, limitando-se, estritamente, ao período necessário ao tratamento do usuário/paciente.

11.2. Os usuários/pacientes elegíveis ao TFD interestadual não podem estar em terminalidade de vida ou necessitarem de intervenções em caráter de emergência, tendo em vista que o serviço de TFD interestadual de Goiás (CERAC-TFD/GO) realiza emissão de passagens comerciais para o transporte interestadual, aéreo ou terrestre. Ou seja, o paciente do TFD interestadual deve estar clinicamente estável.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALEXÂNIA
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE – CMS

11.3. Logo, por se tratar de assistência de caráter eletivo, o transporte de UTI aérea e outros emergenciais não são custeados, nem previstos pelo TFD interestadual.

11.4. Quando indicado e autorizado o TFD interestadual, a SES-GO subsidia o usuário/paciente e 01 (um) acompanhante com fornecimento de passagem (aérea ou terrestre), transporte comercial, para deslocamento, e, ainda, ajuda de custo para alimentação e hospedagem.

11.5. O deslocamento do usuário/paciente inscrito na CERAC-TFD/GO, bem como de seu acompanhante, é definido mediante análise da CERAC-TFD/GO e do médico assistente do serviço de referência, não cabendo ao paciente e/ou acompanhante escolher o meio de transporte para se deslocar até o serviço referenciado.

11.6. A opção de transporte será sempre o meio mais econômico para a SES-GO e baseado, ainda, nos critérios que seguem:

11.6.1. Condições físicas do usuário/paciente versos a doença que o acomete;

11.6.2. Condições de locomoção do usuário/paciente;

11.6.3. Indicação de tratamento sensível ao tempo; e

11.6.4. Distância entre o município de residência do usuário/paciente e o serviço de referência.

11.7. Em regra, distâncias até 1.500 km são percorridas por via terrestre.

11.8. O usuário/paciente poderá obter **mais informações e requerer o TFD interestadual** acessando o endereço eletrônico <https://www.saude.go.gov.br/complexo-regulador/tratamento-fora-de-domicilio-tfd-cerac>.

12. São deveres do usuário/paciente do TSE, do seu responsável legal e eventual acompanhante:

12.1. Cumprir este Protocolo e o Termo de Compromisso do TFD;

12.2. Seguir as orientações da equipe da Coordenação de Transporte Sanitário Eletivo – COTSE/SMS;

12.3. Informar à Coordenação de Transporte Sanitário Eletivo – COTSE/SMS, no mínimo, 24 (vinte e quatro) horas antes do horário agendado para embarque no TSE, quando do cancelamento, da impossibilidade ou da desistência do TSE, pelo telefone (62) 3336-7251, nos dias úteis, das 07 (sete) horas às 17 (dezesete) horas, sob pena de **bloqueio usuário/paciente do TSE**, por absenteísmo, a partir da 2ª. (segunda) falta consecutiva, por 02 (dois) meses, a contar da data do último agendamento;

12.4. Estar no local de embarque do TSE 10 (dez) minutos antes do horário previsto do TSE;

12.5. Usar o cinto de segurança, mantendo-o afivelado, durante o TSE;

12.6. Evitar falar ou conversar com o condutor do veículo durante o TSE; e

12.7. Levar e utilizar no veículo do TSE dispositivo de retenção para o transporte de crianças menores de 10 (dez) anos de idade (“cadeirinha”), conforme estabelece a Deliberação CONTRAN nº. 100, de 02 de setembro de 2010.

13. É proibido durante o TSE:



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALEXÂNIA
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE – CMS

- 13.1. Transportar usuário/paciente, responsável legal ou acompanhante sem agendamento ou não autorizado pela Coordenação de Transporte Sanitário Eletivo – COTSE/SMS;
- 13.2. Transportar mais de 01 (um) responsável legal ou acompanhante por usuário/paciente;
- 13.3. Transportar qualquer volume ou objeto que não tenha correlação com o TFD do usuário/paciente;
- 13.4. Transportar paciente/usuário menor de 10 (dez) anos de idade sem a utilização de dispositivo de retenção para o transporte de crianças menores de 10 (dez) anos (“cadeirinha”), conforme estabelece a Deliberação CONTRAN nº. 100, de 02 de setembro de 2010;
- 13.5. Solicitar ou alterar o itinerário ou os horários definidos pela Coordenação de Transporte Sanitário Eletivo – COTSE/SMS para o TSE;
- 13.6. Fumar ou ingerir bebida alcoólica no interior do veículo;
- 13.7. Comercializar produtos no interior do veículo; e
- 13.8. Danificar ou sujar o interior do veículo, inclusive com restos de alimentos e bebidas.

14. São atribuições da equipe do TSE:

14.1. Da Coordenação de Transporte Sanitário Eletivo – COTSE/SMS:

- 14.1.1. Conhecer, cumprir e fazer cumprir este Protocolo;
- 14.1.2. Atender com educação, cortesia e imparcialidade, evitando discussões, e orientar o usuário/paciente, o seu responsável legal ou o acompanhante para que dirija reclamações e sugestões à Ouvidoria, por meio do <https://www.alexania.go.gov.br/transparencia1/fala-cidadao/ouvidoria>;
- 14.1.3. Nortear suas condutas conforme orientações contidas neste Protocolo e levar ao conhecimento do Gabinete da Secretaria Municipal de Saúde de Alexânia/GO qualquer dúvida com relação ao processo de trabalho visando à eficiência do serviço prestado;
- 14.1.4. Organizar e definir itinerários, horários, veículos e condutores do TSE;
- 14.1.5. Autorizar e agendar o TSE;
- 14.1.6. Informar ao usuário/paciente ou ao seu responsável legal acerca do agendamento do TSE; e
- 14.1.7. Orientar o usuário/paciente, o seu responsável legal e acompanhante acerca do TSE.

14.2. Do condutor do veículo do TSE:

- 14.2.1. Conhecer, cumprir e fazer cumprir este Protocolo;
- 14.2.2. Atender com educação, cortesia e imparcialidade, evitando discussões, e orientar o usuário/paciente, o seu responsável legal ou acompanhante para que dirijam reclamações e sugestões à Ouvidoria, por meio do <https://www.alexania.go.gov.br/transparencia1/fala-cidadao/ouvidoria>;
- 14.2.3. Nortear suas condutas conforme orientações contidas neste Protocolo e levar ao conhecimento da Coordenação de Transporte Sanitário Eletivo – COTSE/SMS qualquer dúvida com relação ao processo de trabalho visando à eficiência do serviço prestado;
- 14.2.4. Conduzir o veículo com segurança e eficiência respeitando todas as Leis e Regras de trânsito, evitando o tráfego em locais de difícil acesso ou suscetíveis à enchente ou qualquer outra ocorrência que prejudique a segurança dos usuários e veículo; e



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALEXÂNIA
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE – CMS

14.2.5. Seguir rigorosamente o itinerário e os horários definidos pela Coordenação de Transporte Sanitário Eletivo – COTSE/SMS, observando os horários de embarque e desembarque de cada usuário/paciente, devendo comunicar imediatamente à COTSE/SMS qualquer ocorrência que possa dificultar e/ou impedir o seu cumprimento.

15. Como tirar dúvidas:

15.1. Os interessados poderão tirar dúvidas acerca do TSE por meio do telefone (62) 3336-7251, nos dias úteis, das 07 (sete) horas às 17 (dezesete) horas.

16. Anexos:

- 16.1. Anexo I – Solicitação de Transporte Sanitário Eletivo – TSE Continuado;
- 16.2. Anexo II – Solicitação de Transporte Sanitário Eletivo – TSE Eventual;
- 16.3. Anexo III – Formulário de Cadastro do Transporte Sanitário Eletivo – TSE; e
- 16.4. Anexo IV – Termo de Compromisso do Transporte Sanitário Eletivo – TSE.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALEXÂNIA
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE – CMS

PROTOCOLO DE TRANSPORTE SANITÁRIO ELETIVO – TSE PARA
TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO – TFD

ANEXO I

Solicitação de Transporte Sanitário Eletivo – TSE Continuado

À Coordenação de Transporte Sanitário Eletivo – COTSE/SMS,

Eu, _____, RG nº. _____,
CPF nº. _____, CNS nº. _____, nascido em ___ de _____
de _____, residente na _____,
em Alexânia/GO, telefone () _____-_____, **SOLICITO** o serviço municipal de
Transporte Sanitário Eletivo – TSE **CONTINUADO** para Tratamento Fora do Domicílio – TFD de
() quimioterapia, () radioterapia, () hemodiálise, () serviços de reabilitação, () serviços
de reabilitação ou () _____, agendado/regulado para ()
domingo, as __:__, () segunda-feira, as __:__, () terça-feira, as __:__, () quarta-feira,
as __:__, () quinta-feira, as __:__, () sexta-feira, as __:__, () sábado, as __:__, a ser
realizado no(a) _____,
em _____/____.

Caso o solicitante seja o Responsável Legal do usuário/paciente:

Dados do usuário/paciente:

_____, RG nº. _____,
CPF nº. _____, CNS nº. _____, nascido em ___ de _____
de _____, residente na _____
_____, em Alexânia/GO.

Caso o usuário/paciente necessite de Acompanhante:

Dados do acompanhante:

_____, RG nº. _____,
CPF nº. _____, nascido em ___ de _____ de _____, residente
na _____,
em Alexânia/GO, telefone () _____-_____.
_____/____, ___ de _____ de _____.

Assinatura do Usuário/Paciente ou do seu Responsável Legal

Recebido em ___ de _____ de _____.

Carimbo COTSE/SMS



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALEXÂNIA
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE – CMS

PROTOCOLO DE TRANSPORTE SANITÁRIO ELETIVO – TSE PARA
TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO – TFD

ANEXO II

Solicitação de Transporte Sanitário Eletivo – TSE Eventual

À Coordenação de Transporte Sanitário Eletivo – COTSE/SMS,

Eu, _____, RG n°.

_____, CPF n°. _____, CNS n°. _____, nascido em ___

de _____ de _____, residente na _____

_____, em Alexânia/GO,

SOLICITO o serviço municipal de Transporte Sanitário Eletivo – TSE **EVENTUAL** para Tratamento Fora do Domicílio – TFD de () exame clínico, () internação cirúrgica, () internação clínica, () quimioterapia, () radioterapia, () hemodiálise, () consulta médica, () avaliação médica, () serviços de reabilitação ou () _____

_____ agendado/regulado para o dia ___ de _____

de _____, as ___:___, a ser realizado no(a) _____

_____, em _____/____.

Caso o solicitante seja o Responsável Legal do usuário/paciente:

Dados do usuário/paciente:

_____, RG n°. _____,

CPF n°. _____, CNS n°. _____, nascido em ___ de _____

de _____, residente na _____

_____, em Alexânia/GO.

Caso o usuário/paciente necessite de Acompanhante:

Dados do acompanhante:

_____, RG n°. _____,

CPF n°. _____, nascido em ___ de _____ de _____, residente

na _____,

em Alexânia/GO, telefone () _____-_____.

_____/____, ___ de _____ de _____.

Assinatura do Usuário/Paciente ou do seu Responsável Legal

Recebido em ___ de _____ de _____.

Carimbo COTSE/SMS



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALEXÂNIA
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE – CMS

PROTOCOLO DE TRANSPORTE SANITÁRIO ELETIVO – TSE PARA
TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO – TFD

ANEXO III

Formulário de Cadastro do Transporte Sanitário Eletivo – TSE			
Dados do usuário/paciente			
Nome completo:			
RG:	CPF:	CNS:	CID:
Endereço (Logradouro/Município/UF):			
Telefone fixo: () _____ - _____		Celular: () __ - _____ - _____	
Data de Nascimento: __/__/_____	Sexo: () M () F	Peso: _____, _____ kg	Altura: _____, _____ m
Portador de: () necessidade especial, CID _____ / () dificuldade de locomoção em veículo próprio ou em transporte coletivo.			
Condição Física: () anda normalmente / () anda com dificuldade / () usa muleta / () cadeirante / () acamado.			
Diagnóstico:			CID:
Dados do Responsável Legal do usuário/paciente (quando aplicável)			
Nome completo:			
RG:	CPF:	Natureza do vínculo:	
_____	_____ - _____	() genitor(a) / () _____	
Endereço (Logradouro/Município/UF):			
Telefone fixo: () _____ - _____		Celular: () __ - _____ - _____	
Dados do Acompanhante do usuário/paciente (quando necessário ou prescrito)			
Nome completo:			
RG:	CPF:	Data de Nascimento: __/__/_____	
_____	_____ - _____	_____ / _____ / _____	
Endereço (Logradouro/Município/UF):			
Telefone fixo: () _____ - _____		Celular: () __ - _____ - _____	
TFD			
Atendimento: () continuado / () eventual			
Tipo de TFD: () exame clínico / () internação cirúrgica / () internação clínica / () quimioterapia / () radioterapia / () hemodiálise / () consulta médica / () avaliação médica / () serviços de reabilitação ou () _____.			
Há disponibilidade do tratamento: () em Alexânia/GO / () em Goiás / () em outro Estado.			
Periodicidade (TFD Continuado): () dom, ____:____ / () seg, ____:____ / () ter, ____:____ / () qua, ____:____ / () qui, ____:____ / () sex, ____:____ / () sáb, ____:____.			
Data (TFD Eventual): _____ de _____ de _____, as ____:____.			
Tipo de Unidade de Atendimento do TFD: () pública / () conveniada ou contratada / () particular.			
Nome da Unidade de Atendimento do TFD:			
Endereço (Logradouro/Município/UF) da Unidade de Atendimento do TFD:			
Data de preenchimento deste formulário: __/__/_____.			
Nome do Responsável: _____			



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALEXÂNIA
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE – CMS

PROTOCOLO DE TRANSPORTE SANITÁRIO ELETIVO – TSE PARA
TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO – TFD

ANEXO IV

Termo de Compromisso do TSE

Eu, _____, RG n°. _____,
CPF n°. _____, CNS n°. _____, residente na _____
_____, em Alexânia/GO,

me comprometo a cumprir o Protocolo de Transporte Sanitário Eletivo – TSE para Tratamento Fora do Domicílio – TFD, aprovado pela Resolução CMS n°. 002, de 28 de março de 2023, e, em especial:

- a) Seguir as orientações da equipe da Coordenação de Transporte Sanitário Eletivo – COTSE/SMS;
- b) Informar à Coordenação de Transporte Sanitário Eletivo – COTSE/SMS, no mínimo, 24 (vinte e quatro) horas antes do horário agendado para embarque no TSE, quando do cancelamento, da impossibilidade ou da desistência do TSE, pelo telefone (62) 3336-7251, nos dias úteis, das 07 (sete) horas às 17 (dezesete) horas, sob pena de bloqueio usuário/paciente do TSE, por absenteísmo, a partir da 2ª. (segunda) falta consecutiva, por 02 (dois) meses, a contar da data do último agendamento;
- c) Estar no local de embarque do TSE 10 (dez) minutos antes do horário previsto do TSE;
- d) Usar o cinto de segurança, mantendo-o afivelado, durante o TSE;
- e) Evitar falar ou conversar com o condutor do veículo durante o TSE; e
- f) Levar e utilizar no veículo do TSE dispositivo de retenção para o transporte de crianças menores de 10 (dez) anos de idade (“cadeirinha”), conforme estabelece a Deliberação CONTRAN n°. 100, de 02 de setembro de 2010.

Declaro, ainda, estar ciente de que **NÃO É PERMITIDO**:

- a) Transportar usuário/paciente, responsável legal ou acompanhante sem agendamento ou não autorizado pela Coordenação de Transporte Sanitário Eletivo – COTSE/SMS;
- b) Transportar mais de 01 (um) responsável legal ou acompanhante por usuário/paciente;
- c) Transportar qualquer volume que não tenha correlação com o TFD do usuário/paciente;
- d) Transportar paciente/usuário menor de 10 (dez) anos de idade sem a utilização de dispositivo de retenção para o transporte de crianças menores de 10 (dez) anos (“cadeirinha”), conforme estabelece a Deliberação CONTRAN n°. 100, de 02 de setembro de 2010;
- e) Solicitar ou alterar o itinerário ou os horários definidos pela Coordenação de Transporte Sanitário Eletivo – COTSE/SMS para o TSE;
- f) Fumar ou ingerir bebida alcoólica no interior do veículo;
- g) Comercializar produtos no interior do veículo; e
- h) Danificar ou sujar o interior do veículo, inclusive com restos de alimentos e bebidas.

Por ser verdade, firmo a presente.

Alexânia/GO, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Usuário/Paciente ou seu Responsável Legal