

ANEXO I

**PROGRAMA DE ATENDIMENTO DOMICILIAR
PRÓ-SAÚDE / SEAB / TJDFT**

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E RESPONSABILIDADE

Eu, _____, declaro que por indicação e responsabilidade técnica do médico assistente, Dr.^(a) _____, CRM/DF _____, que me acompanha (), ou que acompanha o paciente pelo qual sou responsável (), fiz opção pela modalidade de ATENDIMENTO DOMICILIAR oferecido pela SECRETARIA DE ASSISTENCIA E BENEFICIOS DO TJDFT – PRÓ-SAÚDE/TJDFT.

O Programa de Atendimento Domiciliar será prestado na modalidade de assistência indireta, mediante reembolso, e os serviços e procedimentos previstos neste ato obedecerão à codificação e valores estabelecidos na Tabela Referencial para Atendimento Domiciliar.

Declaro que me foi entregue cópia do inteiro teor do Ato Deliberativo n. _____ e seus anexos. E ainda, que estou ciente das condições estabelecidas para o Atendimento Domiciliar especificadas neste Ato.

Endereço do assistido: _____

Telefones de contato: _____

Brasília, _____ de _____ de _____.

(Beneficiário/Pessoa Responsável)

(Médico Assistente)