

**ANEXO V**  
**PRORROGAÇÃO NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR**  
**REQUERIMENTO À SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA E BENEFÍCIOS – SEAB**

1. DADOS FUNCIONAIS		
NOME DO SERVIDOR	MATRÍCULA	
CARGO/FUNÇÃO		
LOTAÇÃO	RAMAL/TELEFONE RESIDENCIAL	
2. DADOS DO DEPENDENTE		
NOME DO DEPENDENTE	SITUAÇÃO DE DEPENDÊNCIA	
3. DADOS BANCÁRIOS		
BANCO	CONTA CORRENTE	C.P.F.
<p>Em conformidade com o Ato Deliberativo 40/2017, deverão ser apresentados os seguintes documentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>I. relatório do quadro clínico atual do beneficiário, preenchido e subscrito pelo médico Assistente e/ou pelos profissionais responsáveis pela Assistência Domiciliar, documentado com elementos auxiliares de diagnóstico.</li> <li>II. formulário de anamnese Domiciliar (Anexo II) preenchido pelo médico Assistente e/ou pelos profissionais responsáveis pela Assistência Domiciliar.</li> <li>III. relatório da empresa ou profissional escolhido pelo paciente ou seu responsável legal, especificando as seguintes situações: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. descrição das assistências clínicas terapêuticas, quantidade de consultas e sessões para cada área de atuação, dos materiais, dos procedimentos e dos equipamentos necessários ao tratamento, bem como o período de utilização, estimativa de quantidades, vedada a indicação de marcas registradas, e do tempo de permanência do paciente no Programa de Assistência Domiciliar;</li> <li>2. cronograma de atividades dos profissionais indicados e logística de atendimento (número de sessões e consultas para cada área de atuação).</li> </ol> </li> </ol> <p align="center">BRASÍLIA, _____ DE _____ DE _____.</p> <p align="center">_____</p> <p align="center">Assinatura do requerente</p> <p>OBS: Preencher os dados abaixo, caso o requerente não seja o beneficiário do Programa de Assistência Domiciliar:</p> <p>Nome completo: _____</p> <p>Grau de parentesco com o paciente: _____</p> <p>Telefone para contato: _____</p>		