

ANEXO III
PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR - PRÓ-SAÚDE / TJDFT
TERMO DE ANUÊNCIA E RESPONSABILIDADE

1. DADOS FUNCIONAIS	
NOME DO SERVIDOR	MATRÍCULA
CARGO/FUNÇÃO	
LOTAÇÃO	RAMAL/TELEFONE RESIDENCIAL
1. DADOS DO DEPENDENTE	
NOME DO DEPENDENTE	SITUAÇÃO DE DEPENDÊNCIA
<p>Eu, _____,</p> <p>declaro que por indicação e responsabilidade técnica do médico assistente _____, CRM/DF _____, que me acompanha (), ou que acompanha o paciente pelo qual sou responsável (), fiz opção pelo PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR oferecido pela Secretaria de Assistência e Benefícios – SEAB/PRÓ-SAÚDE/TJDFT.</p> <p>Os serviços e procedimentos previstos no Programa obedecerão à codificação e valores estabelecidos na Tabela Referencial para Assistência Domiciliar.</p> <p>DECLARO CIÊNCIA DE QUE A ADMISSÃO AO PROGRAMA ESTÁ CONDICIONADA À EXISTÊNCIA DE UM CUIDADOR ATUANTE E PRESENTE E REGISTRO O SEU NOME:</p> <p>NOME: _____ CPF: _____</p> <p>OBS: Cuidador - pessoa, com ou sem vínculo familiar, que tem por responsabilidade auxiliar o paciente em suas necessidades e atividades da vida cotidiana, oferecer conforto e segurança e garantir a continuidade dos cuidados necessários, de acordo com as orientações dos profissionais responsáveis pela assistência domiciliar.</p> <p>Declaro que tenho ciência do inteiro teor do Ato Deliberativo 40/2017 e seus anexos, disponíveis no sítio do PRÓ-SAÚDE/TJDFT. Estou ciente das condições estabelecidas para o Programa de Assistência Domiciliar, especificadas neste Ato.</p> <p align="center">Brasília, ____ de _____ de _____. _____</p> <p align="right">(Beneficiário/Responsável)</p> <p align="center">Ciente do pedido: _____</p> <p align="center">(Médico Assistente)</p> <p>OBS: Preencher os dados abaixo caso o requerente não seja beneficiário do PRÓ-SAÚDE:</p> <p>Nome completo: _____</p> <p>Grau de parentesco com o paciente: _____</p> <p>Telefone para contato: _____</p>	