

ANEXO I

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.

Em conformidade com o Ato Deliberativo 40/2017, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

I - relatório do quadro clínico atual e das necessidades do paciente, preenchido e subscrito pelo médico assistente que indicou a assistência domiciliar, documentado com elementos auxiliares de diagnóstico;

II - formulário de anamnese domiciliar preenchido pelo médico assistente ou profissional escolhido pelo paciente. (Anexo II);

III - termo de anuência e responsabilidade em que o médico assistente e o paciente ou, no seu impedimento, o familiar ou responsável legal declaram estar cientes das condições estabelecidas para a inclusão no Programa de Assistência Domiciliar do PRÓ-SAÚDE/TJDFT. (Anexo III);

IV - relatório da empresa ou profissional escolhido pelo paciente ou seu responsável legal, especificando as seguintes situações:

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;
2. cronograma de atividades dos profissionais indicados e logística de atendimento (número de sessões e consultas para cada área de atuação).

BRASÍLIA, _____ DE _____ DE _____.

Assinatura do requerente

OBS: Preencher os dados abaixo, caso o requerente não seja o beneficiário do Programa de Assistência Domiciliar:

Nome Completo: _____

Grau de parentesco com o paciente: _____

Telefone para contato: _____