

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.
-------	----------------	--------

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

- 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.
- II. Formulário de Amamnese Domiciliar (Anexo II) preenchido pelo médico Assistente e/ou pelos profissionais responsáveis pela Assistência Domiciliar.
- III. 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: _____