

SOLICITAÇÃO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR Atendimento Domiciliar (AD)



Subseção BENEFICIÁRIOS

ATENÇÃO: Informamos que o serviço de atendimento domiciliar não é oferecido indistintamente para os beneficiários do TRT5 Saúde, mas **apenas em casos excepcionais**, após análise técnica da equipe referenciada (Auditoria Médica da Autogestão).

Além do formulário de solicitação preenchido, devem ser juntados:

- Relatório médico **detalhado**, que justifique a solicitação;
- Laudo de exames complementares;
- Histórico de tratamento(s) já realizado(s).

Eu, _____, matrícula nº _____,

(Nome do Beneficiário Titular TRT5-Saúde)

solicito ASSISTÊNCIA DOMICILIAR, modalidade ATENDIMENTO DOMICILIAR (AD), serviço oferecido em caráter excepcional, sujeito ao enquadramento estabelecido pelas normas regulamentares da Autogestão, para o beneficiário(a) abaixo indicado:

Beneficiário Titular

Beneficiário Dependente: _____

() Dependente Legal

() Dependente Especial

Conforme Ato Deliberativo TRT5-Saúde Nº 03, de Outubro de 2017, anexo documentos acima listados para apreciação da Auditoria Médica da Autogestão. Estou ciente de que a implementação deste benefício está condicionada à constatação da impossibilidade de outra alternativa.

Salvador/BA, ____ / ____ / _____

ou

Assinatura do Titular TRT5-Saúde

Responsável

Caso seja reconhecida a excepcionalidade da situação enfrentada pelo beneficiário, faço adesão ao PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR TRT5-SAÚDE, modalidade ATENDIMENTO DOMICILIAR (AD), optando pelo credenciado abaixo indicado:

() CLANFIS () ESPAÇO VIVACE () VITRUFISIO () GRUPO GNAF () ASSISTE VIDA
() CUIDAR () PROMÉDICA () QUALIVIDA () SOS VIDA

Declaro que fui informado(a) de que:

- a) a cobertura desta modalidade de ASSISTÊNCIA DOMICILIAR, modalidade ATENDIMENTO DOMICILIAR (AD) é uma concessão da AUTOGESTÃO aos seus beneficiários, quando a situação clínica se enquadrar nos critérios de elegibilidade estabelecidos no Ato deliberativo nº 03, de outubro de 2017;
- b) o ATENDIMENTO DOMICILIAR (AD) será mantido pelo período necessário ao alcance das metas de tratamento, propostas no Plano de Tratamento. Ainda no decorrer do tratamento será iniciado o *desmame*, ocorrendo naturalmente a alta do beneficiário, nos casos de incapacidade transitória/temporária;
- c) cessará o ATENDIMENTO DOMICILIAR (AD) nas situações regulamentadas no art.13 do Ato Deliberativo nº 03, de outubro de 2017.

A todos estes itens supramencionados declaro estar ciente e de acordo.

Salvador/BA, ____ / ____ / _____

ou

Assinatura do Titular TRT5-Saúde

Responsável

**SOLICITAÇÃO DE
ASSISTÊNCIA DOMICILIAR
Atendimento Domiciliar (AD)**



IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

Nome do Responsável: _____

Grau de parentesco: _____ Identidade nº _____

Telefones: _____ e-mail: _____