

TERMO DE CIÊNCIA PARA INTERNAÇÃO DOMICILIAR

Nome: _____

Identidade nº _____, Órgão Emissor _____

Telefones: celular: _____ residencial: _____

Responsável pelo beneficiário Sr(a): _____

Carteira nº _____, faço adesão ao PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR TRT5 SAÚDE e autorizo a proceder sua desospitalização e a continuação do tratamento em regime de Internação Domiciliar.

Declaro que fui informado de que:

a) a cobertura desta modalidade de internação domiciliar 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) tenho a responsabilidade de indicar um CUIDADOR, que deverá ser submetido ao treinamento a ser repassado pela equipe da Empresa responsável pelo tratamento, capacitando-o para assumir e realizar os cuidados básicos, junto ao beneficiário durante a internação domiciliar.

c) a internação domiciliar será mantida 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;

d) a família e o cuidador deverão submeter-se ao treinamento e assumir progressivamente as responsabilidades no tratamento, de modo a estar(em) apto(s) para a execução dos cuidados básicos que não requeiram assistência técnica especializada (profissional habilitado), após a alta de Internação Domiciliar;

f) cessará o atendimento domiciliar 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.

Local/UF, _____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Responsável

Grau de Parentesco: _____

TESTEMUNHAS:

1- _____

2- _____

Cuidador indicado:

Nome: _____

Identidade nº: _____

Telefone: _____