

Assistência Domiciliar

Titular (NOME COMPLETO)

Situação no STF

- Efetivo Aposentado Requisitado
 Pensionista Sem vínculo efetivo Ministro

Matrícula

Telefone/Ramal

Nome do beneficiário a ser atendido

Telefone Residencial

Telefone Celular

Telefone Comercial

E-mail

Endereço onde será o atendimento

Documentos entregues:

- Relatório médico com indicação de atendimento domiciliar;

Termo de Ciência e Responsabilidade

Declaro estar ciente do inteiro teor do Ato Deliberativo nº 72 de 28 de abril de 2017 e aceito as regras aludidas no referido regulamento.

Zelarei pelo cumprimento das determinações e orientações da equipe de atenção domiciliar e oferecerei condições para que esta desenvolva seus trabalhos.

Estou consciente de que o Programa não está indicado quando houver apenas a necessidade de cuidados de higiene e dietéticos.

Data:

____/____/____

Assinatura
