

Coordenadoria de Gestão do STF-Med

Secretaria de Gestão de Pessoas

Requerimento para Inscrição no Programa de Atenção Domiciliar

Dados do titular

Nome do titular	Clique aqui para digitar texto.	Matrícula	Clique aqui para digitar texto.
E-mail particular ou institucional	Clique aqui para digitar texto.		
Telefone residencial	Clique aqui para digitar texto.	Telefone celular	Clique aqui para digitar texto.

Dados do beneficiário a ser atendido

Nome do beneficiário	Clique aqui para digitar texto.				
Endereço	Clique aqui para digitar texto.			Bairro	Clique aqui para digitar texto.
Cidade	Clique aqui para digitar texto.	UF	Clique aqui para digitar texto.	CEP	Clique aqui para digitar texto.

Dados do responsável pelo beneficiário a ser atendido

Nome do responsável	Clique aqui para digitar texto.		
Parentesco	Clique aqui para digitar texto.	Telefone para contato	Clique aqui para digitar texto.

Solicito a inscrição do referido beneficiário no Programa de Atenção Domiciliar na modalidade de:

☐ Assistência Domiciliar

☐ Internação Domiciliar

Termo de Ciência e Responsabilidade

Declaro estar ciente do inteiro teor do [Ato Deliberativo nº 111, de 8 de setembro de 2023](#) e aceito as regras aludidas no referido normativo.

Zelarei pelo cumprimento das determinações e orientações da equipe de gestão do STF-Med e oferecerei condições para que esta desenvolva seus trabalhos.

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

Declaro ser de minha responsabilidade, caso haja indicação do médico assistente, proceder à internação hospitalar.

Nos termos da Lei nº 13.709 de 14 de agosto de 2018, que trata da proteção dos dados pessoais, AUTORIZO, o compartilhamento dos dados sensíveis do requerente com a(s) empresa(s) por mim indicada(s), para o fim específico de cotação de preços dos serviços de assistência ou internação domiciliar ora requerido(s).

Local e Data: Clique aqui para digitar texto.

Assinatura do titular (ou responsável legal):