

**AUXÍLIO CUIDADOR DO IDOSO**  
**PEDIDO DE AVALIAÇÃO PARA CONCESSÃO DO BENEFÍCIO**

Eu,  (pessoa responsável),  
solicito a concessão do benefício Auxílio Cuidador do Idoso para o beneficiário abaixo identificado:

Nome do beneficiário:

Matrícula Saúde Petrobras:  Idade (anos):

Justificativa da solicitação:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Local: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
*Assinatura / Carimbo do médico assistente*

\_\_\_\_\_  
*Assinatura do beneficiário*

Nome do médico assistente: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Telefones de contato: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ ou (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_