

**PAE – PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA ESPECIAL**  
**Termo de Adesão ao Reembolso Cuidador do PAE**

---

**IDENTIFICAÇÃO DO(A) BENEFICIÁRIO(A) TITULAR**

*(Preencher com letra de forma ou letra manuscrita legível)*

Nome completo: \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Nº do documento de Identificação: \_\_\_\_\_

Unidade de Lotação: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Complemento (apto., casa, bloco): \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Telefone 1: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Telefone 2: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Eu, Beneficiário Titular da Saúde Petrobras, venho solicitar a concessão do reembolso do cuidador PAE, de que é beneficiário meu dependente abaixo discriminado.

**IDENTIFICAÇÃO DO DEPENDENTE**

*(Preencher com letra de forma ou letra manuscrita legível)*

Nome: \_\_\_\_\_

Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Nº Doc. Identificação: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

**Grau de Parentesco:**

(  )Filho(a)    (  )Enteado(a)    (  )Menor sob Guarda em Processo de Adoção

(  )Dependente Curatelado – inscrito até 31/10/1997

**IDENTIFICAÇÃO DO CUIDADOR**

*(Preencher com letra de forma ou letra manuscrita legível)*

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

**PAE – PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA ESPECIAL**  
Termo de Adesão ao Reembolso Cuidador do PAE

---

**Responsabilidade Legal:**

1. Declaro ser do meu interesse o reembolso no valor de um (1) salário mínimo nacional, mediante apresentação mensal do recibo de pagamento do cuidador.
2. Declaro que tenho ciência de que a escolha, contratação e as obrigações trabalhistas com o cuidador são de minha inteira responsabilidade.
3. Declaro que o meu dependente possui um familiar responsável.
4. Declaro que meu dependente tem acompanhamento de um médico assistente.

**Estou ciente de que:**

1. A inscrição de meu dependente para fazer jus ao reembolso de um (1) salário mínimo nacional referente ao cuidador do PAE passará a vigorar a partir da data de assinatura do Termo de Adesão ao Reembolso Cuidador do PAE.
2. Meu dependente perderá o direito ao reembolso aqui tratado quando:
  - Passar a residir fora do seu ambiente domiciliar (asilo);
  - Passar a utilizar o auxílio creche/acompanhante, oferecido pela Petrobras;
  - Passar a receber o reembolso pecuniário de outro programa (PAD ou Idoso);
  - Eu solicitar espontaneamente o seu desligamento a qualquer tempo e seu reingresso só ocorrerá após a realização de nova avaliação;
  - Cometer fraude contra a Saúde Petrobras ou PAE. Neste caso não será permitido o reingresso;
  - Perder o direito à Saúde Petrobras ou ao PAE. Nesta situação terá direito ao reembolso do cuidador, somente quando seu direito for restituído;
  - Sua inscrição ou manutenção na Saúde Petrobras ou PAE ocorrer por Determinação Judicial;
  - Ocorrer agravamento da condição clínica que resulte na necessidade de internação do paciente em uma instituição hospitalar ou a sua inclusão no Programa de Atenção Domiciliar; e
  - Ocorrer melhora do quadro do paciente, medido através dos instrumentos de avaliação da capacidade funcional/cognitiva que serão aplicados anualmente.
3. Não haverá reembolso quando o cuidador for membro da família do beneficiário.
4. O profissional, por mim contratado para exercer a atividade de cuidador, tem a função de auxiliar a realização de atividades da vida diária, não fazendo parte da rotina do cuidador técnicas e procedimentos que devem ser realizados por profissionais legalmente habilitados como técnicos de enfermagem, enfermeiros, bem como atividades domésticas.

**PAE – PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA ESPECIAL**  
**Termo de Adesão ao Reembolso Cuidador do PAE**

5. Da mesma forma, não cabe ao cuidador exercer a função de facilitador na escola regular de ensino.
6. Em caso de suspensão do auxílio cuidador do PAE, o valor a ser pago será proporcional ao número de dias (no mês) em que o beneficiário se encontrava ativo no Programa.

**Período de Concessão**

O prazo de validade inicial para concessão deste benefício será de 12 meses, renovável por período igual, após realização de nova avaliação pela Equipe Operacional do PAE.

Tendo compreendido e concordado com todos os itens deste termo, declaro, sob as penas da lei, serem verdadeiras as informações aqui prestadas.

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.  
(cidade) (UF) (dia) (mês) (ano)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Titular)

\_\_\_\_\_  
(Rubrica-Matrícula do Atendente)

**Todas as folhas deverão ser rubricadas pelo beneficiário titular.**