

PAE – PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA ESPECIAL
Pedido de Avaliação para Concessão do Cuidador PAE

IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO TITULAR

(Preencher com letra de forma ou letra manuscrita legível)

Nome completo: _____	Matrícula/CB: _____	
CPF: _____	Nº do documento de Identificação: _____	
Unidade de Lotação/Vinculação: _____		
Endereço: _____		
Complemento (apto., casa, bloco): _____	Bairro: _____	UF: _____
Cidade: _____	CEP: _____	- _____
Telefone 1: (_____) _____	Telefone 2: (_____) _____	
E-mail: _____		

Eu, beneficiário titular da Saúde Petrobras, empregado(a) / aposentado(a) ou pensionista ou anistiado(a) pela Lei 10.559/2002, venho solicitar avaliação do(a) meu(minha) dependente, inscrito(a) no PAE, abaixo identificado(a), com a finalidade única e exclusiva de atestar sua elegibilidade ao Cuidador PAE, uma vez que esta é uma das exigências normativas para a concessão de reembolso de um (1) salário mínimo nacional pelos serviços de cuidador que serão prestados a meu(minha) dependente inscrito(a) no PAE.

IDENTIFICAÇÃO DO DEPENDENTE

(Preencher com letra de forma ou letra manuscrita legível)

Nome: _____		
Nascimento: ____ / ____ / _____	CPF: _____	Nº Doc. Identificação: _____
Nome da Mãe: _____	(completo conforme certidão ou identidade)	

Responsabilidade Legal

Declaro que este(a) dependente, inscrito(a) no PAE possui uma ou mais das deficiência abaixo discriminadas:

- () Deficiência Mental
- () Deficiência Física

PAE – PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA ESPECIAL
Pedido de Avaliação para Concessão do Cuidador PAE

() Transtorno Global de Desenvolvimento

Estou ciente de que:

1. O formulário “Avaliação Neurológica”, recebido nesta data, deverá ser preenchido pelo neurologista, pediatra ou clínico geral que acompanha o(a) beneficiário(a) elegível e entregue a Equipe do PAE.
2. Deverá ser agendada visita domiciliar da Equipe Operacional do PAE.
3. Posteriormente, serei comunicado sobre o Parecer Final pela Equipe Operacional do PAE.
4. Os critérios para elegibilidade ao Cuidador PAE são de alçada exclusiva da Petrobras.

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

(Assinatura do Titular)

(Rubrica-Matricula do Atendente)

Todas as folhas deverão ser rubricadas pelo beneficiário titular.