

		CADASTRO - AUXILIO PARA DEPENDENTES COM DEFICIÊNCIA		DATA:	
<input type="checkbox"/> Teto ECT <input type="checkbox"/> Acima do teto ECT <input type="checkbox"/> Inclusão <input type="checkbox"/> Alteração <input type="checkbox"/> Recadastramento					
DADOS DO EMPREGADO					
Nome:			Matrícula:		
IDENTIFICAÇÃO DO DEPENDENTE					
Nome:		Grau de Parentesco:	Sexo:	Data Nascimento:	

INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR SOBRE O DEPENDENTE	
GUARDA LEGAL PROVISÓRIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
<p>Estou ciente que no caso de guarda legal provisória, conforme previsto no Manpes Mód. 1. Cap. 2, Anexo 35, Subitens 1.2 e 1.3, a concessão do benefício será pelo período máximo de 12 meses, condicionada à apresentação de documento comprobatório, com data atualizada, emitido pelo órgão competente. Após 12 meses, será excluída automaticamente.</p> <p>A continuidade do benefício fica condicionada à apresentação do documento de guarda definitiva da criança.</p>	

INFORMAÇÕES GERAIS	
AUXÍLIO PARA FILHOS, ENTEADOS E/OU TUTELADOS DEPENDENTES COM DEFICIÊNCIA:	
a) Sequela de meningite ou encefalite; b) Hidrocefalia microcefálica com sequela neurológica; c) Paralisia cerebral infantil; d) Síndrome de Down; e) Doença congênita ou hereditária com sequela neurológica; f) Sequela neurológica em toco-traumatismo (traumatismo de parto); g) Deficiência auditiva - com perda (unilateral ou bilateral) superior a 40 decibéis (dB); h) Deficiência visual - acuidade visual igual ou menor que 20/200 no melhor olho, após a melhor correção, ou campo visual inferior a 20 graus (tabela de Snellen), ou ocorrência simultânea de ambas as situações; i) Doenças da fala associada com deficiência neuropsicomotora, não estando incluídas as do tipo gagueira, disartrias, displalias, timidez e outras; j) esquizofrenias em geral, transtornos psicóticos com provável incidência familiar, retardos mentais em geral, síndrome de Rett, transtornos desintegrativos da infância, transtornos com hipercinesia associada a retardo mental e a movimentos estereotipados, síndrome de Asperger e transtornos mentais com tentativa de auto-extermínio (suicídio); k) Autismo; l) Paraplegia, tetraplegia, amputação ou ausência de membro superior ou inferior.	

IMPORTANTE: ANEXAR LAUDO MÉDICO A ESTE FORMULÁRIO, CONFORME ORIENTAÇÕES ABAIXO:

O laudo do médico assistente (médico que acompanha o tratamento do dependente) deverá ser emitido em papel timbrado e deverá discriminar todos os recursos, que serão utilizados, conforme critérios abaixo:

- **Tratamentos** especializados diretamente ligados a patologia, informando o nome do tratamento e sua frequência semanal/mensal;
- **Medicamentos** específicos à patologia, informando seu princípio ativo e quantidade diária/mensal prescrita;
- **Equipamentos e materiais** utilizados em decorrência da patologia, informando o nome dos itens e quantidade diária/mensal (ex.: fraldas, esparadrapo, gaze);
- Instituições assistenciais especializadas (tratamentos) e de ensino fundamental e médio de natureza regular ou especial, aptas a propiciar educação/atendimento e guarda de dependente com deficiência, reconhecidas pelos órgãos oficiais competentes;

- Transporte para o dependente e acompanhante, sempre que a deficiência física, sensorial ou mental exija a presença de acompanhamento, informando para qual deslocamento será o transporte justificando a sua necessidade.

TRATAMENTO(S) ESPECIALIZADO(S) PRESCRITO(S):	FREQUÊNCIA AUTORIZADA
MEDICAMENTO(S):	QUANTIDADE AUTORIZADA
EQUIPAMENTOS / MATERIAIS:	QUANTIDADE AUTORIZADA

TRANSPORTE PARA DESLOCAMENTO:

SIM PRÓPRIO PRESTADOR DE SERVIÇO (conforme informações incluídas neste formulário).

NÃO

Justificativa:

TRATAMENTO APROVADO PELO PERITO

Correios Sede

Homologado

Superintendência Estadual/ __

Não homologado

Período: __/__/__ a __/__/__.