

4

Ficha de Análise dos Itens Considerados

(Novo pedido/Renovação de período/Alteração da quantidade concedida)

NOME		Komaki Taro			
Tipo e Grau de Deficiência	Carteira da Pessoa com Deficiência Física	Categoria 1 – Grau 1			Conforme o laudo médico anexo
	Carteira de Reabilitação (Pessoa com Deficiência Intelectual)	Tipo / Avaliação Grau			
	Carteira de Saúde Mental e Bem-Estar Social	Grau Benefício de Assistência Médica para Vida Independente (Tratamento Ambulatorial em Saúde Mental): Sim/Não			
Condições físicas e psicológicas	Local de atividades em dias úteis <i>Domicílio</i> Local de atividades nos dias de folga <i>Domicílio</i> Consultas médicas regulares... Não • Sim Uso de medicação... Não • Sim Convulsões / crises... Não • Sim Situação de uso dos serviços de assistência para pessoas com deficiência... Serviço de assistência domiciliar (cuidados corporais): 5 horas/mês Caso exista alguma estrutura, organização ou medida para receber apoio em situação de emergência, favor informar.			Composição Familiar (incluindo casos de separação de domicílio dentro da mesma residência) 	
Situação da pessoa que presta os cuidados	Relação de parentesco com o beneficiário		idade		
	Condições físicas e mentais	Histórico de doenças prévias Não/Sim ()			
	Situação de vida	Local de atividades durante o dia			
	Situação de trabalho	Emprego / Trabalho Não/Sim ()			
Situação de recebimento de benefícios de assistência, treinamento e atendimento para crianças com deficiência	Conteúdo do benefício concedido	Quantidade concedida	Período de concessão		
		___ / mês	De ___ / ___ / ___ até ___ / ___ / ___		
		___ / mês	De ___ / ___ / ___ até ___ / ___ / ___		
		___ / mês	De ___ / ___ / ___ até ___ / ___ / ___		
		___ / mês	De ___ / ___ / ___ até ___ / ___ / ___		
Conforme cópia do Certificado de Beneficiário anexa (Caso a cópia seja apresentada, não é necessário preencher os campos acima.)					
Situação de utilização de instituições para crianças com deficiência, conforme a Lei de Assistência ao Bem-Estar da Criança	Encaminhamento/medida para instituição destinada a crianças com deficiência Não/Sim ()				
Situação de utilização de serviços domiciliares referentes aos benefícios do seguro, conforme previsto na Lei do Seguro de Cuidados e Assistência	Uso do Sistema de Seguro de Cuidados e Assistência(kaigo) Não / Sim ()				
Situação de utilização de outros serviços de saúde cobertos por seguro ou de serviços de assistência social, entre outros	Não / Sim ()				

Descrição específica da intenção de utilização dos serviços de assistência à pessoa com deficiência	(Finalidade de utilização, etc.) ※(Descrever especificamente o conteúdo no caso de utilização normal) ※Caso, em razão de férias prolongadas (escolares, recesso de fim de ano, etc.), seja necessária uma quantidade de atendimento diferente da habitual, descreva abaixo. (Ex.: durante o período de férias escolares, utilização semanal de X vezes, totalizando X dias; durante as férias de inverno, X dias, etc.) ※Os detalhes devem ser preenchidos no formulário do plano anexo. ※Caso o requerente de assistência domiciliar ou de assistência domiciliar para pessoas com deficiência grave não seja de família unipessoal, informar o motivo pelo qual a pessoa que reside no mesmo domicílio não pode							
Plano de Utilização dos Serviços (Preencher com base em entrevista ou anexar a ficha do plano em documento anexo)	※Preencher as informações referentes à utilização habitual							
		seg	ter	qua	qui	sex	sab	dom
	5:00							
	6:00							
	7:00							
	8:00							
	9:00							
	10:00		} Assistência domiciliar					
	11:00							
	12:00							
	13:00							
	14:00							
	15:00							
	16:00							
	17:00							
	18:00							
	19:00							
	20:00							
	21:00							
	22:00							
	23:00							
	24:00							
	1:00							
	2:00							
	Tipo de moradia		Casa (residência unifamiliar) / Apartamento / Condomínio / Habitação pública / Instituição residencial (unidade de acolhimento)					
	Situação de acompanhamento em outras		Não / Sim ()					