

AValiação das ajudas com despesas médicas

Preencha a tabela abaixo respondendo cada pergunta de acordo com o que foi realizado até o presente momento.

Ala/Ramo:

Número da Unidade:

Estaca/Distrito:

Número da Unidade:

Nome do beneficiário:

Número de Registro de Membro:

PERGUNTAS PARA EVENTOS MENORES < R\$ 5.000,00	DATA	REALIZADO	OBSERVAÇÕES
Existe prescrição médica (receita) para o medicamento solicitado? () SIM () Não	[Date]	<input type="checkbox"/>	
O que já foi feito até o momento? Quanto a família vem investindo?	[Date]	<input type="checkbox"/>	
A família já foi informada do período máximo de 6 meses para ajuda com despesas médicas? () SIM () Não	[Date]	<input type="checkbox"/>	
Qual o valor do medicamento solicitado?	[Date]	<input type="checkbox"/>	
Qual a renda familiar?	[Date]	<input type="checkbox"/>	
O membro estabeleceu um plano com datas para a autossuficiência? A ANR foi devidamente preenchida contendo este plano?	[Date]	<input type="checkbox"/>	
Qual a perspectiva de encerramento do tratamento e quais etapas previstas? Existe risco de óbito?	[Date]	<input type="checkbox"/>	
Quantas ajudas foram prestadas até o momento relacionadas ao corrente evento?	[Date]	<input type="checkbox"/>	
Há quanto tempo o problema se manifestou e quando foi solicitada participação da Igreja?	[Date]	<input type="checkbox"/>	