



Diretoria Geral de Atenção Especializada
Coordenadoria Geral de Assistência Farmacêutica
Coordenadoria de Assistência Farmacêutica Especializada

TERMO DE ADESÃO AO PROGRAMA REMÉDIO EM CASA

Eu, _____, por meio deste termo, manifesto interesse em participar do **Programa Remédio em Casa** e estou ciente que existem critérios de avaliação para a inclusão e permanência no programa.

Caso sejam atendidos os critérios, autorizo a entrega mensal a domicílio do referido paciente:

Nome: _____

CPF: _____

Estou ciente de que não poderei fazer retiradas nas unidades de atendimento presencial e que é de minha total responsabilidade a retirada da documentação e renovação em tempo hábil, para não prejudicar o tratamento.

Endereço para entrega do medicamento:

Rua: _____ Nº: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Complemento: _____

Ponto de referência (se necessário): _____

Cidade / Estado: _____

Endereço residencial

Endereço comercial

Telefones para contato:

Município /data: _____, _____ de _____ de 20__.

Paciente

Responsável legal

Assinatura: _____

Aprovado para o programa em: ____/____/____.