



SES
Secretaria de Estado
de Saúde



GOVERNO
DO ESTADO
Mato Grosso do Sul



TERMO DE ADESÃO AO PROGRAMA REMÉDIO EM CASA

Eu, () Paciente () Responsável legal () Representante autorizado, nome: _____

_____, CPF: _____, 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 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. Estou ciente de que ao desistir do programa, terei que assinar o termo de desistência e só poderei retornar ao Remédio em Casa após seis meses.

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____.

Assinatura: _____

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

Técnico Responsável: _____

Link: <https://www.as.saude.ms.gov.br/assistencia-farmacutica-especializada-casa-da-saude/orientacoes-assistencia-farmacutica-especializada/>