



SES
Secretaria de Estado
de Saúde



GOVERNO
DO ESTADO
Mato Grosso do Sul



TERMO DE DESISTÊNCIA DO PROGRAMA REMÉDIO EM CASA

Eu, () Paciente () Responsável legal () Representante autorizado, nome: _____
_____, CPF: _____, por meio deste

termo, solicito ser transferido do Programa Remédio em Casa para o atendimento presencial na Secretaria Municipal de Saúde do município de minha residência ou local estabelecido pela Gestão Estadual. Afirmando que desisti da participação no Programa e voltarei a retirar, na Secretaria Municipal de Saúde do município de minha residência ou local estabelecido pela Gestão Estadual, os medicamentos autorizados para o paciente:

Nome: _____

CPF: _____

Pelo motivo: _____

() Estou ciente de que só poderei retornar ao Programa Remédio em Casa
após seis meses da assinatura deste termo.

Telefones para contato:

_____ / _____

_____ / _____

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

Assinatura: _____

Confirmação da desistência do programa em: ____/____/____.

Técnico Responsável: _____