



**SES**  
Secretaria de  
Estado de  
Saúde



### 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-farmaceutica-especializada-casa-da-saude/orientacoes-assistencia-farmaceutica-especializada/>