



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/>