



## TERMO DE DESISTÊNCIA DO PROGRAMA REMÉDIO EM CASA

Eu, \_\_\_\_\_, 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: \_\_\_\_\_

( ) 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\_\_\_\_.

( ) Paciente

( ) Responsável legal

Assinatura: \_\_\_\_\_

Confirmação da desistência do programa em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Técnico Responsável: \_\_\_\_\_