

**TERMO DE ADESÃO AO PROGRAMA REMÉDIO EM CASA**

Eu, \_\_\_\_\_, 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 referido paciente:

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Estou ciente, 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.

Endereço para entrega do medicamento:

Rua: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_

Ponto de referência (se necessário): \_\_\_\_\_

Cidade / Estado: \_\_\_\_\_

Telefones para contato:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Campo Grande – MS, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2026.

(  ) Paciente                      (  ) Responsável legal

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

Aprovado para o programa em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.