

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. Afirmo 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: _____