

SECRETARIA DE GESTÃO DO STF-MED

TERMO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE

Eu, _____, declaro que por indicação e responsabilidade técnica do médico assistente Dr (a). _____, CRM - _____, que me acompanha ou que acompanha o paciente pelo qual sou responsável _____, fiz opção pelo Programa de Internação Domiciliar - PID, oferecido pelo Plano de Assistência à Saúde e Benefícios Sociais – STF-Med.

Declaro ser de minha responsabilidade, caso haja indicação do médico assistente, proceder à internação hospitalar. Estou ciente de que neste caso somente será possível a continuidade no Programa mediante nova solicitação.

Zelarei pelo cumprimento das determinações e orientações da equipe de atenção domiciliar e oferecerei condições para que esta desenvolva seus trabalhos.

Estou consciente de que o Programa não está indicado quando houver apenas a necessidade de cuidados de higiene e dietéticos.

Declaro estar ciente do inteiro teor do Ato Deliberativo nº 72 de 28 de abril de 2017 e aceito as regras aludidas no referido regulamento.

Brasília, _____ de _____ de _____ .

Assinatura