

ANEXO IV - TERMO DE RESPONSABILIDADE – MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DE HEPATITESVIRAIS - RETIRADA POR TERCEIROS

INSTRUÇÃO: Este termo deverá ser preenchido pelas pessoas autorizadas a retirar medicamentos de Hepatites Virais com os mesmos dados constantes no campo “Pessoas autorizadas a retirar o medicamento” do “Formulário de Cadastro de Usuários SUS – Hepatites Virais”.
IMPORTANTE: Este documento e as informações nele contidas são de inteira responsabilidade do declarante.

Eu, _____ CPF: _____

Telefone: _____ Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____ tendo

sido instituído como pessoa física designada a retirar os medicamentos para tratamento de Hepatites Virais do paciente _____, conforme autorização em Formulário de Cadastro de Usuários SUS – Hepatites Virais, devidamente assinado pelo (a) mesmo (a) e pelo profissional de saúde responsável pelo preenchimento, comprometo-me a entregar todo o medicamento fornecido pela farmácia da rede pública municipal para utilização do paciente em questão, garantindo as condições adequadas de acondicionamento e transporte do mesmo, além de repassar todas as informações que foram apresentadas durante a dispensação do(s) medicamento(s). Estou ciente que não há custo para dispensação dos medicamentos, e que é imprescindível a presença do paciente ou cuidador para realização do atendimento farmacêutico.

- Grau de parentesco entre o representante e o paciente: _____
() Não há
- Motivo da necessidade de representante:
() Impossibilidade física () Incompatibilidade de horário () Outro. Especifique:

Declaro serem verdadeiras as informações acima descritas e manifesto ciência de que a falsidade de informações configura falsificação de documento público, capitulada no artigo 297 do Código Penal Brasileiro, sendo passível de punição na forma da Lei. Afirmo, sob pena de incorrer no crime de falsidade ideológica descrito no artigo 299 do Código Penal, que a presente declaração é verdadeira e que o medicamento a ser retirado será destinado para uso exclusivo do paciente acima descrito. Estou ciente que o paciente poderá ser contatado para confirmar sobre o recebimento dos medicamentos.

Data: ___/___/_____

Assinatura: _____