

**TERMO DE ADESAO AO PROGRAMA REMÉDIO NA PORTA**

Sou paciente ( ) Responsável legal ( ) Representante autorizado ( )

Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_, por meio deste termo, manifesto meu interesse em participar do Programa Remédio na Porta, estando ciente dos critérios de avaliação para a inclusão e permanência no programa.  
Nome do paciente: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_

Critérios de Inclusão	Condições para participação
<b>Usuário com cadastro ativo no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) em Pernambuco</b> que possua diagnóstico de uma das seguintes condições: <ul style="list-style-type: none"><li>• Diagnóstico de Artrite (<i>a partir de 60 anos</i>);</li><li>• Diagnóstico de Asma (<i>a partir de 60 anos</i>);</li><li>• Diagnóstico de Doença de Alzheimer;</li><li>• Diagnóstico de Doença de Parkinson;</li><li>• Diagnóstico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (<i>a partir de 60 anos</i>);</li><li>• Diagnóstico de Epilepsia;</li><li>• Diagnóstico de Esclerose Múltipla/ Sistêmica;</li><li>• Diagnóstico de Esquizofrenia;</li><li>• Diagnóstico de Insuficiência Cardíaca (<i>a partir de 60 anos</i>);</li><li>• Diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar;</li><li>• Diagnóstico de Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade;</li><li>• Diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• O programa é destinado a usuários que utilizam medicamentos que podem ser armazenados em temperatura ambiente;</li><li>• Os endereços e telefones informados devem estar atualizados;</li><li>• O usuário deve apresentar toda a documentação conforme previsto nas normas do CEAF para solicitação, renovação e/ou adequação;</li><li>• No caso de cadastro inicial, é obrigatório o comparecimento presencial na unidade mais próxima da Farmácia de Pernambuco, no ato da primeira dispensação, para receber orientações e cuidado farmacêutico.</li></ul>

**Casos de suspensão do cadastro:**

- Alteração do tratamento com a inclusão de medicamentos que necessitem de armazenamento sob refrigeração;
- Mudança da responsabilidade pela gestão do medicamento, alterando a esfera de estadual para municipal;
- Ocorrência de duas devoluções consecutivas pela empresa responsável pela entrega, devido a tentativas frustradas de localização do endereço ou não atendimento ao entregador;
- Alteração de endereço sem aviso prévio à Farmácia de Pernambuco.
- Falecimento do usuário.
- Informações falsas e/ou descumprimento das normas estabelecidas em resolução publicada.

Estou ciente de que não poderei fazer retiradas nas unidades de atendimento presencial e que é de minha total responsabilidade a entrega da documentação e da renovação em tempo hábil, para não prejudicar o tratamento, e de que qualquer alteração no endereço deve ser comunicada.

**Endereço para entrega do medicamento: ( ) Residencial ( ) Comercial**

Rua/Avenida:			
Nº	Bairro:	CEP:	Complemento:
Ponto de referência:			Cidade/Estado:
Telefone para contato: ( ) / ( )			

- ✓ Aprovado para o programa em: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_
- ✓ Assinatura do paciente/representante \_\_\_\_\_
- ✓ Assinatura do farmacêutico \_\_\_\_\_



DIRETORIA GERAL DE  
ASSISTÊNCIA  
FARMACÊUTICA  
SECRETARIA EXECUTIVA DE  
ATENÇÃO À SAÚDE

GOVERNO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO À SAÚDE  
DIRETORIA GERAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Secretaria  
da Saúde



GOVERNO DE  
**PER  
NAM  
BU  
CO**  
ESTADO DE MUDANÇA

PROGRAMA REMÉDIO NA PORTA			Data:
Paciente:			CNS:
CID	Peso (Kg):	Altura (m)	CRM:
Vigência:	Última Dispensação:		CNES:
<u>Medicamento Utilizado:</u>			<u>Quantidade:</u>