



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**ANEXO III**  
**TERMO DE RESPONSABILIDADE PALIVIZUMABE – versão 2024**

<b>Nome Completo do (a) Paciente:</b>
<b>Nome Completo do Responsável pelo (a) Paciente:</b>
<b>Possui plano de saúde? ( ) não ( ) sim</b>
<b>Qual?</b>
<b>Se sim, procurou autorização do plano?* ( ) não ( ) sim</b>

**\*Conforme DUT nº 124/ANS o Palivizumabe possui cobertura obrigatória com base nos critérios da Portaria MS/SAS nº 522 de 13 de maio de 2013.**

Declaro ter sido claramente orientado (a) quanto à importância do comparecimento no **dia, horário e local da aplicação do medicamento Palivizumabe**, conforme previamente agendado por telefone pela Secretaria Estadual de Saúde (SESA), no caso de **deferimento** da referida medicação.

Declaro também estar ciente de que o **não comparecimento no dia agendado é de minha responsabilidade**, e implicará na perda da aplicação referente ao mês em curso, não podendo ser remanejado para outra data, a menos que seja antecipadamente autorizado pela SESA. Em caso de falta em duas aplicações consecutivas, sem justificativa prévia junto à SESA, estou ciente que perderei a vaga para aplicação do palivizumabe.

**ATENÇÃO: Declaro, também, que os telefones de contato para agendamento da aplicação são:**

Telefone 1: ( )-\_\_\_\_\_ (nome do contato: \_\_\_\_\_);  
Telefone 2: ( )-\_\_\_\_\_ (nome do contato: \_\_\_\_\_);  
Telefone 3: ( )-\_\_\_\_\_ (nome do contato: \_\_\_\_\_).

Estou esclarecido que a SESA não possui responsabilidade por não conseguir agendar a aplicação em caso de telefone errado ou troca de telefone. No caso de mudança do meu telefone, estou avisado que devo comunicar o novo contato à SESA, por meio do número: **(27) 3636-8419**

Para a realização da aplicação, devo sempre comparecer com pontualidade portando **certidão de nascimento e cartão de vacinação** do (a) paciente.

\_\_\_\_\_/ES, \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do representante legal