



ANEXO III
TERMO DE RESPONSABILIDADE PALIVIZUMABE – versão 2024

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

***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