



**TERMO DE RESPONSABILIDADE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO E INTERNAÇÃO DOMICILIAR**

Eu, \_\_\_\_\_,  
declaro ter sido entrevistado(a) pela equipe técnica do PROGRAMA DE ATENDIMENTO E  
INTERNAÇÃO DOMICILIAR da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, como responsável pelo  
paciente \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ anos,  
do sexo \_\_\_\_\_, de cor \_\_\_\_\_,  
portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_, em que me foi dado(a) a  
ciência que o paciente será incluído no Programa e desde já, passo a me responsabilizar pelo  
equipamento, materiais e medicamentos que forem colocados no domicílio, localizado à  
\_\_\_\_\_

Declaro também, estar ciente de que tomarei as providências necessárias para execução dos  
procedimentos e prescrições dos elementos da equipe técnica, em relação ao paciente sob  
minha responsabilidade, e que, em caso de urgência, devo procurar o Pronto Socorro mais  
próximo ou ligar para o SAMU - 192.

Campinas, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do Profissional SAID (testemunha)

Assinatura do Responsável