



SENADO FEDERAL  
Secretaria Integrada de Saúde

**TERMO DE RESPONSABILIDADE - HOME CARE**

Eu, \_\_\_\_\_,

Matrícula/SIS nº \_\_\_\_\_, responsável pelo usuário (a) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ estou ciente e de acordo com as condições estabelecidas pela Mesa Diretora do Senado Federal na Resolução nº 35 de 2012, e a Instrução Normativa nº 09 de 2017 do Conselho de Supervisão da SIS referente ao tratamento de internação domiciliar *home care*.

Art. 25. O Plano de Assistência à Saúde do SIS compreende os tratamentos em regime ambulatorial, hospitalar e de internação domiciliar, denominado *home care*, ressalvadas as exclusões previstas no art. 37.

**Documentação necessária para solicitação de home care:**

- I) *Solicitação, por escrito e fundamentada ao SIS por parte do médico assistente, acompanhada de laudos e demais informações que a perícia julgar necessária;*
- II) *Assinatura deste Termo de Responsabilidade*
- III) *Código Sigad: 65.04.05*

Em, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

**Assinatura do(a) Responsável**

**CONTATOS**

Nome:		
E-mail:		Telefone (DDD):
Parentesco:	Identidade:	CPF: