



SENADO FEDERAL
Secretaria de Gestão de Pessoas

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*

Em, _____ de _____ de 20_____

Assinatura do(a) Responsável

CONTATOS

Nome:

E-mail:

Telefone (DDD):

Parentesco:

Identidade:

CPF: