



SENADO FEDERAL  
Secretaria Integrada de Saúde - SIS

**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, Capítulo II, Artigo 25 e Artigo 37, e a Instrução Normativa nº 01 de 2014 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. 38.

Art. 37. Os tratamentos em regime de internação domiciliar, conhecido como home care, estarão sujeitos à regulamentação do Conselho de Supervisão e serão previamente autorizados pela perícia médica do SIS.

- I) Solicitação, por escrito e fundamentada ao SIS por parte do médico assistente, acompanhada de laudos e demais informações que a COPEME julgar necessárias;**
- II) Termo de Responsabilidade fornecido pelo SIS;**
- III) Aprovação da solicitação por 03(três) médicos integrantes da COPEME.**

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

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do(a) Responsável**

**CONTATOS**

Nome:

E-mail:

Telefone (DDD):

Parentesco:

Identidade:

CPF: