

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE - RS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

**ANEXO I – FORMULÁRIO DE ESCOLHA DE UNIDADE DE SAÚDE PARA
IDOSOS E PCD**

1. DADOS DO USUÁRIO

Nome completo: _____

CPF: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____

Telefone: (____) _____

Endereço completo: _____

Número: _____

Bairro: _____

2. UNIDADES DE SAÚDE ENVOLVIDAS

Unidade de Saúde de referência da residência:

Unidade de Saúde escolhida para atendimento:

3. MOTIVO DA ESCOLHA

() Maior proximidade com residência atual

() Maior facilidade de acesso

() Proximidade com familiares/cuidadores

() Outros – especificar: _____

4. TERMO DE CIÊNCIA DO USUÁRIO

Declaro estar ciente de que, ao optar por atendimento em Unidade de Saúde fora da área do endereço onde resido, ocorrerão limitações no acesso a serviços domiciliares, tais como:

- Visitas domiciliares do Agente Comunitário de Saúde (ACS);
- Entrega de comprovantes de consultas e/ou exames;
- Acompanhamento de condições clínicas, procedimentos e vacinação em casos de usuários domiciliados ou acamados.

Confirmo minha opção pela Unidade de Saúde indicada e atesto plena ciência das informações prestadas, estando consciente de que a falsidade desta declaração me sujeitará às **sanções civis, administrativas e penais previstas na legislação vigente**.

Assinatura do usuário ou responsável: _____

5. RESPONSÁVEIS PELO REGISTRO

Profissional responsável pelo cadastro:

Nome: _____

Cargo/Função: _____

Porto Alegre, _____ de _____ de _____.