



MUNICÍPIO DE CRICIÚMA
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE CRICIÚMA
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

TERMO DE RECUSA DE VISITA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Eu _____,
data de nascimento ____/____/____ CPF _____, domiciliado
na Rua _____, N° _____,
Bairro _____,
Cidade _____, responsável pelas pessoas residentes neste
domicílio. Declaro neste momento, que recusamos receber a visita domiciliar do
Agente Comunitário de Saúde (ACS) _____,
por motivo de _____.

Estando ciente de que esta é uma ação integrante da Atenção Primária à Saúde e
tem como finalidade a promoção, prevenção e acompanhamento da minha saúde
e/ou da minha família. Reconheço que a recusa pode implicar a ausência de
informações atualizadas sobre minha situação de saúde junto à Unidade Básica de
Saúde (UBS). Estou ciente, ainda, de que o presente termo de recusa permanecerá
anexado ao meu prontuário e dos meus familiares até que eu compareça
pessoalmente à UBS para solicitar o retorno das visitas do ACS. Por fim, declaro que
esta decisão foi tomada de livre e espontânea vontade.

Assinatura Paciente

Assinatura Profissional

Criciúma, _____, _____, 202__