



MODELO DE TERMO

TERMO DE DISPENSAÇÃO E RESPONSABILIDADE PARA USO DE IMUNOBIOLOGICO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) EM ESTABELECIMENTO PRIVADO

Por meio do presente Termo, a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), por intermédio da Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVEP) e da Coordenação de Imunização / Rede de Imunobiológicos para Pessoas em Situação Especial Bahia (RIE/BA), autoriza, em caráter excepcional e condicionado, a dispensação de imunobiológico para aplicação em pessoa elegível, atendida em estabelecimento privado, conforme dados abaixo:

1. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO PÚBLICO DA RIE/BA

Nome da instituição dispensadora do SUS:
CNES: _____ CNPJ: _____
Município de referência: _____
Macrorregião de referência: _____

2. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO PRIVADO

Nome da Instituição Hospitalar/Maternidade: _____
CNES: _____ CNPJ: _____

3. IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA ELEGÍVEL

Nome Completo: _____
Cartão Nacional do SUS(CNS): _____
Data de Nascimento: ____/____/____. Peso no dia da aplicação (kg): _____ Dose a ser aplicada _____
Critério de Elegibilidade: _____

4. DADOS DO IMUNOBIOLOGICO

Nome do imunobiológico: _____
Lote: _____ Validade: _____ Apresentação: _____

5. DECLARAÇÃO DE FINALIDADE PÚBLICA E VEDAÇÃO DE COBRANÇA

O estabelecimento declara ciência de que o imunobiológico fornecido pelo SUS é de uso exclusivo da pessoa identificada neste Termo, a qual se encontra em regime de internamento, nesta instituição, sendo expressamente vedada qualquer forma de cobrança, faturamento, reembolso ou repasse financeiro, direto ou indireto, ao responsável legal, ao plano de saúde ou à própria instituição, a qualquer título.

6. OBRIGAÇÕES DO ESTABELECIMENTO

- Realizar a aplicação do imunobiológico conforme normas técnicas do Ministério da Saúde;
- Registrar a dose aplicada no SI-PNI;
- Encaminhar à RIE/BA a Ficha Nominal de Aplicação como prestação de contas;
- Notificar ESAVI, quando houver, no e-SUS Notifica;
- Manter arquivada a documentação, conforme legislação vigente.
- Disponibilizar informações sobre o atendimento para auditorias, se necessário.

7. RESPONSABILIDADE

O descumprimento das condições estabelecidas neste Termo implicará em responsabilidade administrativa, civil e sanitária, sem prejuízo de outras sanções cabíveis, inclusive devolução do valor correspondente ao imunobiológico dispensado.

Assinatura, CPF e telefone:

Data: ____/____/____

Profissional da Instituição Hospitalar/Maternidade	Responsável pela RIE/Bahia (Unidade vinculada à RIE)
--	--