



FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE SÃO SEBASTIÃO

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

SECRETARIA DE SAÚDE

PROGRAMA DE CUIDADO DA PESSOA COM DIABETES

RETIRADA DE APARELHO DE GLICOSÍMETRO



TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu _____ RG: _____

Cartão SUS: _____ com residência situada à

_____ USF: _____

Telefone: _____, recebi da Prefeitura Municipal de São

Sebastião / Secretaria da Saúde, o aparelho glicosímetro da marca **On Call Plus** série

nº _____, para controle e tratamento de DIABETES.

Estou ciente de minha inteira responsabilidade na guarda e conservação do aparelho a mim cedido, uma vez que o mesmo pertence à Secretaria da Saúde, do mesmo modo estou ciente que o aparelho se destina ao meu uso pessoal, não estando autorizado cede-lo para uso de terceiros. Estou ciente também que este aparelho é cedido a mim no modelo de empréstimo comodato.

Em caso de perda ou roubo deverá ser elaborado e apresentado boletim de ocorrência. Comprometo-me a devolvê-lo para reposição por aparelho novo de acordo com as informações a mim fornecidas.

São Sebastião, _____ de _____ de 20____

Assinatura do Paciente ou Responsável

1º Retirada

Troca de Aparelho – Devolvi o aparelho outrora concedido da marca: _____