



TERMO DE CESSÃO DO KIT - ESPAÇADOR E MÁSCARA

Eu _____, () responsável pelo menor _____, paciente do C. S. _____, prontuário nº: _____, cartão SUS nº: _____, declaro para os devidos fins estar recebendo o KIT contendo: espaçador e máscara.

Estou ciente de que:

O espaçador e a máscara, que compõe o KIT, são materiais que têm validade de uso superior a um ano, se bem cuidados (veja recomendações de uso na bula do KIT).

Assim sendo, este Centro de Saúde somente irá disponibilizar outro KIT depois de um ano de uso, ou no caso de algum de seus componentes apresentarem defeito.

Este documento será emitido em duas vias de igual teor, sendo que uma via será entregue para o paciente e uma via ficará arquivada no Centro de Saúde.

ASSINATURA DO USUÁRIO / RESPONSÁVEL

ASSINATURA DA FARMÁCIA

Campinas, _____ de _____ de _____.