



Prefeitura Municipal de Campinas

Secretaria Municipal de Saúde

TERMO DE RESPONSABILIDADE - CESSÃO DE MEDIDOR DE GLICOSE

Eu _____,
paciente do C.S. _____, prontuário nº: _____,
Cartão SUS nº: _____, declaro para os devidos fins estar
recebendo _____ aparelho medidor de glicose no sangue, marca: _____
nº de série: _____.

Estou ciente de que:

1. O aparelho foi fornecido em regime de COMODATO;
2. Em caso de FURTO ou ROUBO, devo elaborar um BOLETIM de OCORRÊNCIA (BO) e uma cópia (xerox) deverá ser entregue ao Centro de Saúde para reposição do aparelho;
3. Em caso de DEFEITO, o aparelho deverá ser devolvido ao Centro de Saúde com este documento relatando o defeito apresentado para a substituição

NOME LEGÍVEL DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

TELEFONE:

RG:

DATA:

Assinatura

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.