



Secretaria Municipal de Saúde de Jaguariúna

Rua Coronel Amâncio Bueno nº 400 - Centro

Telefones (19) 3867-9852 - 3867-9856 - 3867-9836 - 3867-9724

CEP 13820-000 - Jaguariúna - SP *Altaia Enduro*

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA RETIRADA DO GLICOSÍMETRO E LANCETADOR

Eu, _____ portador do

Cartão Nacional de Saúde de Número _____
morador a _____

nº _____ CEP: _____ fone: _____ Jaguariúna,

recebi da Unidade Básica de Saúde: _____

na data de ____ / ____ / ____ ,01 (hum) glicosímetro da marca:
_____, chip nº _____, para

controle e tratamento do Diabetes Mellitus.

Estou ciente de minha inteira responsabilidade na guarda e conservação do aparelho a mim cedido, uma vez que o mesmo pertence à Secretaria Municipal de Saúde do Município de Jaguariúna. Do mesmo modo, também estou ciente que este aparelho destina-se ao meu uso pessoal, apenas na forma e segundo as indicações a mim fornecidas pela equipe desta unidade Básica de Saúde, não estando autorizado a cedê-lo para uso de terceiros.

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 determinações a mim fornecidas pela Secretaria Municipal nesta data.

Jaguariúna _____, de _____ de _____

Assinatura paciente ou responsável

Assinatura e carimbo do enfermeiro



Secretaria Municipal de Saúde de Jaguariúna

Rua Coronel Amâncio Bueno nº 400 - Centro

Telefones (19) 3867-9852 - 3867-9856 - 3867-9836 - 3867-9724

CEP 13820-000 - Jaguariúna - SP *Altaia Enduro*

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA RETIRADA DO GLICOSÍMETRO E LANCETADOR

Eu, _____ portador do

Cartão Nacional de Saúde de Número _____
morador a _____

nº _____ CEP: _____ fone: _____ Jaguariúna,

recebi da Unidade Básica de Saúde: _____

na data de ____ / ____ / ____ ,01 (hum) glicosímetro da marca:
_____, chip nº _____, para

controle e tratamento do Diabetes Mellitus.

Estou ciente de minha inteira responsabilidade na guarda e conservação do aparelho a mim cedido, uma vez que o mesmo pertence à Secretaria Municipal de Saúde do Município de Jaguariúna. Do mesmo modo, também estou ciente que este aparelho destina-se ao meu uso pessoal, apenas na forma e segundo as indicações a mim fornecidas pela equipe desta unidade Básica de Saúde, não estando autorizado a cedê-lo para uso de terceiros.

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 determinações a mim fornecidas pela Secretaria Municipal nesta data.

Jaguariúna _____, de _____ de _____

Assinatura paciente ou responsável

Assinatura e carimbo do enfermeiro

Picofado aqui