



Governo do Distrito Federal
Secretaria de Estado de Saúde
Diretoria de Assistência Farmacêutica
Gerência do Componente Básico da Assistência Farmacêutica
UBS2 - SAMAMBAIA

Termo de compromisso para entrega de caneta aplicadora de insulina reutilizável – 1ª via

Nome do paciente: _____

CNS/CPF: _____ Data: _____

Declaro ter recebido _____ caneta (s) aplicadora (s) de insulina reutilizável para uso da

() **insulina regular**

() **insulina NPH**

e ter conhecimento de que a caneta aplicadora foi planejada para ser usada **por até 3 anos** após a primeira aplicação.

Observações:

- Em caso de **produto avariado**, o fornecimento de nova caneta se dará mediante a devolução da caneta defeituosa.
- Em caso de **perda/furto/roubo da caneta**, o fornecimento de nova caneta se dará mediante registro de boletim de ocorrência.

Nome do responsável pelo recebimento, assinatura e CPF



Governo do Distrito Federal
Secretaria de Estado de Saúde
Diretoria de Assistência Farmacêutica
Gerência do Componente Básico da Assistência Farmacêutica
UBS2 - SAMAMBAIA

Termo de compromisso para entrega de caneta aplicadora de insulina reutilizável – 2ª via

Nome do paciente: _____

CNS/CPF: _____ Data: _____

Declaro ter recebido _____ caneta (s) aplicadora (s) de insulina reutilizável para uso da

() **insulina regular**

() **insulina NPH**

e ter conhecimento de que a caneta aplicadora foi planejada para ser usada **por até 3 anos** após a primeira aplicação.

Observações:

- Em caso de **produto avariado**, o fornecimento de nova caneta se dará mediante a devolução da caneta defeituosa.
- Em caso de **perda/furto/roubo da caneta**, o fornecimento de nova caneta se dará mediante registro de boletim de ocorrência.

Nome do responsável pelo recebimento, assinatura e CPF