



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DA REGIÃO SUDOESTE
DIRETORIA REGIONAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
GERÊNCIA DE SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA Nº 9 DE SAMAMBAIA

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE Nº 02 DE SAMAMBAIA

FORMULÁRIO DE ENTREGA DE APARELHO GLICOSÍMETRO UBS-2 –SAM PARA PORTADOR DE DIABETES MELLITUS

NOME:		SES:
RG: SSP/DF	SUS	
ENDEREÇO:	CIDADE:	
TELEFONE:		
DIAGNÓSTICO: () CID: E-10 DIABETES MELLITUS TIPO 01 () CID: E-11 DIABETES MELLITUS TIPO 02 () CID: O-24 DIABETES GESTACIONAL		
DADOS DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE/ APARELHO:		
NOME:		PARENTESCO:
ENDEREÇO:	CIDADE:	
TELEFONE:		

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE RECEBI UM APARELHO GLICOSÍMETRO DA MARCA : ACC-CHEK; MODELO: ACTIVE NOVO, COM O MANUAL DE INSTRUÇÕES E A BATERIA.

DECLARO AINDA QUE O APARELHO ESTARÁ SOB MINHA RESPONSABILIDADE E QUE CASO O MESMO APRESENTE VÍCIOS OU O USO NÃO SEJA MAIS NECESSÁRIO, PROCURAREI A UNIDADE PARA DEVOLVÊ-LO.

SAMAMBAIA, _____ de _____ de _____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA/MATRÍCULA/CARIMBO DO SERVIDOR QUE EFETUOU A ENTREGA