**TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA USO DE TABLETS**

Pelo presente termo, o(a) profissional, **SAMIA SOARES DA SILVA**, inscrito(a) no CPF sob o Nº **012.813.153-54**, declara e concorda com as condições estabelecidas para o uso do tablet identificado através do IMEI: **353215920042840** e tombamento **95955**, fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde através da Coordenação de Tecnologia da Informação, a fim de facilitar a execução das atividades de saúde, conforme orientações e necessidades do trabalho.

1. OBJETO

Este termo refere-se ao tablet disponibilizado ao profissional, com o objetivo de facilitar suas atividades relacionadas ao atendimento e ao acompanhamento da saúde da comunidade.

2. RESPONSABILIDADE PELO USO

2.1 O profissional compromete-se a utilizar o tablet exclusivamente para fins relacionados às suas funções no âmbito da saúde pública.

2.2 O tablet deverá ser mantido em boas condições de uso, sendo responsabilidade do profissional garantir sua conservação e integridade. O uso inadequado, negligente ou irresponsável que resulte em danos ao equipamento será de total responsabilidade do(a) profissional.

3. DANOS POR MAL USO

3.1 Em caso de danos causados por mau uso, queda, negligência ou qualquer outro incidente resultante de falha no cuidado do profissional, o(a) responsável assumirá a obrigação de arcar com os custos de reparo ou reposição do equipamento, conforme avaliação técnica do departamento competente.

4. OBRIGAÇÕES DO PROFISSIONAL

4.1 Manter o tablet em bom estado de conservação e funcionamento, evitando danos decorrentes de uso inadequado.

4.2 Não permitir o uso do tablet por terceiros ou para fins pessoais, assegurando que o equipamento seja utilizado unicamente nas atividades profissionais.

4.3 Caso o tablet seja perdido, furtado ou danificado de forma irreparável, o profissional deverá comunicar imediatamente a Coordenação de Tecnologia da Informação, para as devidas providências.

5. DEVOLUÇÃO DO EQUIPAMENTO

5.1 O tablet deverá ser devolvido à Coordenação de Tecnologia da Informação ao término do vínculo profissional ou sempre que solicitado, em bom estado de conservação, salvo as condições naturais de uso.

6. TERMOS FINAIS

6.1 O profissional, ao assinar este termo, declara que leu, entendeu e concorda com todas as condições estabelecidas neste documento, comprometendo-se a cumprir com as responsabilidades que lhe são atribuídas.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente termo.

São Gonçalo do Amarante-CE, / /2025

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Profissional