

LIBERAÇÃO MENSAL			
IOME:			
ARTÃO SU	5:	4,1	
NDEREÇO:	140		
ELEFONE:			DIABETES TIPO: 1() 2()
ATA	FITAS	LANCETAS	ASSINATURA
<u>, , , , , , , , , , , , , , , , , , , </u>			
- riantação pa	ara manuseio d	o mesmo, destina	, declaro que recebi da Unidade e glicemia da marca, mon le série, assim con ado ao tratamento/controle de Diabetes Mellitus para utiliza scrição médica. Assumo toda e qualquer responsabilidade comprometo em devolver quando dispensado da utilização
utilização do mesmo ou so	glicosimetro b qualquer ou	recebido e me d ra circunstância ((óbito, solicitação da unidade de saúde).
Ancinatura d	o naciente ou r	esponsável:	