

ANEXO III - TERMO DE OCORRÊNCIA
CANETAS REUTILIZÁVEIS APLICADORAS DE INSULINAS

Eu, _____, CPF _____, solicito a substituição da caneta para aplicação de insulinas fornecidas nas farmácias públicas municipais de saúde.

Especificação da caneta

- ☐ GlobalX – Insulinas Humana
☐ Biomm – Insulinas Humanas
☐ Biomm – Insulina Análoga Glargina

Motivo

- ☐ Quebra ou avaria
☐ Perda ou extravio
☐ Roubo ou furto

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras.

OBS: _____

São Paulo, ____ de _____ de ____

Assinatura do usuário ou responsável

Campo do profissional de saúde

Certifico a verificação da caneta reutilizável de insulina quebrada ou com avaria apresentada pelo usuário acima identificado.

Nome e assinatura do profissional de saúde