

19. APÊNDICES**APÊNDICE I – Termo de Compromisso e Responsabilidade (Canetas de Insulina Reutilizáveis)**

Eu, _____,
CPF nº: _____, na qualidade de usuário do SUS ou responsável pelo usuário:
_____, CPF nº _____, Declaro que
recebi da Unidade de Saúde _____,
_____ caneta(s) de insulina reutilizável(is), distribuída(s) pelo Ministério da Saúde, e estou ciente das orientações com relação à sua conservação, assumindo total responsabilidade pelo seu uso adequado.

Estou ciente de que será fornecida uma única caneta por tipo de insulina por paciente e que ela somente será substituída, havendo disponibilidade na unidade de saúde, nas seguintes situações:

- Após três anos de uso;
- Em caso de perda ou roubo, condicionado à apresentação de boletim de ocorrência;
- Em caso de avaria, mediante a devolução da caneta danificada e após avaliação de dano causado por uso comum e não pelo mau uso.

Araucária, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do usuário ou cuidador

Assinatura do responsável pela entrega