

ANEXO IX

Termo de Responsabilidade de Uso e Guarda

Birigui, _____ de _____ de 201_____.

NOME DO PACIENTE:

—

ENDEREÇO DO PACIENTE:

—

TELEFONE DE CONTATO: () _____ - _____ / () _____ - _____

SERVIÇO CONTRATADO:

() *Concentrador de Oxigênio e acessórios para uso domiciliar*

() *Cilindro de oxigênio e acessórios para uso domiciliar*

Estou ciente de minha inteira responsabilidade na guarda e conservação dos equipamentos fornecidos, no compromisso assumido de apresentar receitas e relatórios médicos nos prazos estabelecidos, bem como na assinatura das

notas fiscais de entrega. Em caso de perda ou roubo, deverei elaborar e apresentar o Boletim de Ocorrência Policial referente ao fato.

Estou ciente que serei responsabilizado e obrigado a arcar com os custos da manutenção ou troca do produto, caso devolvido em desacordo com as especificações da entrega (contendo avarias/danificações).

Ciente também, que o uso do cilindro de backup do aparelho concentrador de oxigênio somente será permitido no caso de falta de energia (*previamente certificado a CPFL*) e no caso de quebra do aparelho (*que deverá ser comunicado por documento imediatamente a Secretaria de Saúde e a empresa*) e que deverei me dirigir ao pronto socorro municipal para atendimento imediatamente após algum dos fatos mencionados, pois o cilindro somente será utilizado para o traslado do imóvel à unidade de pronto socorro do município. Caso não ocorra esses fatos o consumo do oxigênio será por conta do paciente cujo pagamento será efetivado à empresa.

O uso do aparelho concentrador de oxigênio é restrito somente ao uso na residência do paciente, caso seja retirado do imóvel ao qual o mesmo foi destinado/lotado e aconteça qualquer problema (roubo, quebra ou mal funcionamento), o paciente ou responsável, ficará sujeito a arcar com as despesas de manutenção que se fizerem necessárias junto a empresa, isentando totalmente a Secretaria de Saúde (Prefeitura do Município de Birigui).

Nome legível do paciente ou responsável