



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUATRO BARRAS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Criação: 25/01/61 - Instalação: 09/11/1961 - CNPJ: 76.105.568/0001-39

Avenida Dom Pedro II nº 110 - Centro - 83.420-000 Quatro Barras – Paraná

TERMO DE COMODATO

EU, _____

portador do RG nº _____, CPF nº _____

Cartão SUS nº _____

residente na Rua/Av. _____

bairro _____ declaro que recebi emprestado(a)

da Secretaria Municipal de Saúde, por um período de 90 (noventa) dias, podendo ser renovado se precisar. Tenho ciência que se for necessário a renovação terei que ser atendido novamente pelo Serviço Social.

Comprometo-me a devolver quando não estiver mais em uso, sob pena de ressarcir o valor do material caso não aja a devolução.

Por ser verdade, firmo o presente termo.

Quatro Barras, _____ de _____ de 2019.

Assinatura

NOME DO PACIENTE: _____

TELEFONE PARA CONTATO: _____

Informações: quatrobarras.pr.gov.br

Email: medicamentosqb@outlook.com Fone: (41) 3672-8865.

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUATRO BARRAS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Criação: 25/01/61 - Instalação: 09/11/1961 - CNPJ: 76.105.568/0001-39

Avenida Dom Pedro II nº 110 - Centro - 83.420-000 Quatro Barras – Paraná

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS:

- RG;
- CPF;
- CARTÃO SUS;
- COMPROVANTE DE ENDEREÇO;
- LAUDO MÉDICO OU ENFERMEIRO;

RESPONSÁVEL PELA ENTREGA C/ CARIMBO:

Nº DO PATRIMONIO: _____