Termo de recebimento de cadeira de rodas e adaptações

Diário Oficial do Estado da Paraíba, 25/05/2024. Anexo B. Início na página 28 e conclusão na página 29.

ANEXO B – TERMO DE RECEBIMENTO

FUNAD	**FUNDAÇÃO CENTRO INTEGRADO DE APOIO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA - FUNAD** **OFICINA ORTOPÉDICA LEILA DENIZE MOURA MAIA RABELLO**	GOVERNO DA PARAÍBA

TERMO DE RECEBIMENTO DE CADEIRAS DE RODAS, CADEIRAS DE BANHO E ADAPTAÇÕES

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO:

Nome: _____ Nº de Prontuário: _____

RG:_____ CPF:_____ Nº Cartão do SUS:_____

Endereço:_____

Cidade:_____ CEP: _____Telefone: _____

Data de Nascimento: _____Peso:_____ Altura:_____

IDENTIFICAÇÃO DO DISPOSITIVO:

Adaptação ( ) Cadeira de rodas ( ) Cadeira de banho ( ) Carrinho ( )

Marca:_____

Modelo: _____ Número de Série: _____

Nº Nota Fiscal: _____ Prazo de Garantia: _____

Entrega Dispositivo: _____ Data Revisão: _____

Profissional/ Técnico responsável: _____

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO:

Eu, _____ declaro para os devidos fins, que recebi da FUNAD o Dispositivo para meio auxiliar de locomoção descrito acima. Estou ciente da

Termo de recebimento de cadeira de rodas e adaptações

Diário Oficial do Estado da Paraíba, 25/05/2024. Anexo B. Início na página 28 e conclusão na página 29.

minha responsabilidade em fazer o uso correto do mesmo a fim de evitar danos, bem como fui informado que poderei procurar a Instituição quando houver necessidade de alguma adaptação, porém só terei direito a solicitar novo dispositivo ao final de 2 (dois) anos de uso ou de um período julgado adequado pela equipe técnica. É proibido o empréstimo, venda ou troca do dispositivo recebido. No ato da substituição, o usuário deve devolver a cadeira à FUNAD.

João Pessoa, ____ de _____ de _____.

_____ _____

Usuário ou Responsável Legal

Fisioterapeuta ou Terapeuta Ocupacional

(assinatura e carimbo)

Responsável:_____

RG: _____

CPF: _____