

FORMULÁRIO		
TERMO DE RESPONSABILIDADE DE SUBSTITUIÇÃO DE COLABORADOR	CÓDIGO: FP.RAD.003	REVISÃO: 00
		PÁGINA:1/1

Eu, _____, informo que estarei impossibilitado(a) de comparecer ao plantão da radiologia no dia ____/____/____.

O(a) colaborador(a): _____, membro da equipe de radiologia, estará ciente das responsabilidades e de acordo com a substituição, conforme assinatura abaixo. A permuta será compensada no plantão do dia ____/____/____, data que estará sob minha responsabilidade.

Aracaju, ____ de _____ de _____

Téc. Solicitante

Téc. Substituto

RT/Coordenação