

Paciente: _____

RG: _____ CPF: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Telefone: () _____

Responsável _____

Identificação do exameTipo de exame: ☐ Holter ☐ M.A.P.A.

Data da devolução: ____/____/____

Horário: _____h

Conferência do equipamento:

Condição	☐ Equipamento íntegro e completo ☐ Equipamento com avarias ☐ Acessórios incompletos
Descrição das avarias ou pendências	
Observações	
Patrimônio/Nº Série	

Declaração do Paciente/Responsável:

- A devolução somente será considerada concluída após a conferência do equipamento e de todos os seus acessórios por um colaborador do Hospital Dona Helena.
- Deixar o equipamento na recepção, balcão ou qualquer outro local, sem a conferência e o registro de recebimento por um colaborador, não caracteriza a devolução do equipamento.
- Caso sejam constatadas avarias, ausência de acessórios, perda, extravio ou atraso na devolução, poderão ser aplicadas as condições previstas no Termo de Responsabilidade para utilização do equipamento, assinado no momento da instalação.
- Após a conferência, este termo servirá como comprovante da devolução do equipamento.

Assinaturas:

Paciente/Responsável	Técnico de enfermagem/Enfermeiro
Nome: _____	Nome: _____
Assinatura: _____	Assinatura: _____
Data: ____/____/____	Data: ____/____/____