

Eu, _____, nascido(a) em ____/____/____, inscrito(a) no RG nº _____ e CPF nº _____, residente e domiciliado(a) à Rua _____, bairro _____, cidade _____, estado _____, declaro estar ciente e de acordo com as condições abaixo referentes à realização do exame de M.A.P.A.

Declaro, para os devidos fins, que nesta data recebi o aparelho de M.A.P.A., nº de série _____ e nº de patrimônio _____, equipamento avaliado em R\$ 13.676,00 (treze mil seiscentos e setenta e seis reais), pertencente ao Hospital Dona Helena, assumindo, a partir de seu recebimento, integral responsabilidade por sua guarda, conservação e devolução. Comprometo-me a devolvê-lo nas mesmas condições em que o recebi, na data ____/____/____, às _____ horas, no Setor de Diagnóstico Cardiovascular do Hospital Dona Helena.

Declarações e responsabilidades.

- Zelar pela guarda, conservação e utilização adequada do equipamento, utilizando-o exclusivamente para a finalidade médica indicada;
- Não abrir, violar, molhar, danificar ou permitir o manuseio indevido do equipamento por terceiros;
- Seguir rigorosamente todas as orientações fornecidas pela equipe assistencial durante o período do exame;
- Comunicar imediatamente ao Hospital Dona Helena qualquer falha, dano, perda, furto, roubo ou extravio do equipamento;
- Manter registro das atividades diárias durante o período de monitoramento, incluindo atividades físicas, uso de medicamentos, sintomas relevantes e demais informações solicitadas pela equipe assistencial;
- Manter o equipamento sob sua posse durante todo o período de monitoramento, adotando os cuidados necessários para evitar danos, perdas ou extravios;
- Reconhecer que o uso inadequado, a perda, o dano ou o descumprimento das orientações poderão comprometer a qualidade dos registros, prejudicar a interpretação médica do exame e gerar as responsabilidades previstas neste termo;
- Estar ciente de que os registros obtidos serão analisados por profissional médico habilitado, devendo eventuais dúvidas ser esclarecidas diretamente com o médico assistente.
- Comprometo-me a manter um registro das atividades diárias durante o período de monitoramento, incluindo atividades físicas, ingestão de medicamentos, sintomas relevantes e qualquer outra informação solicitada pela equipe médica.

Penalidades pelo descumprimento da obrigação de devolução

Em caso de descumprimento da obrigação de devolução do equipamento no prazo estabelecido, o RESPONSÁVEL estará sujeito:

- Pagamento de multa no valor de R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais) por dia de atraso na devolução do aparelho
- Ressarcimento integral do valor do equipamento em caso de perda, extravio, furto ou dano, conforme apuração e avaliação realizada pelo Hospital Dona Helena.

Declaração final

Declaro que li integralmente este Termo de Responsabilidade, compreendi seu conteúdo, tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas e concordo integralmente com suas disposições.

Assinatura do Paciente/Responsável

Data: ____/____/____

Observação: Para a devolução do aparelho, não é necessário realizar novo atendimento.