

**TERMO DE RESPONSABILIDADE  
MAPA E HOLTER**

Eu, \_\_\_\_\_  
portador do RG nº \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_ residente à  
Rua \_\_\_\_\_  
nº \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_, complemento \_\_\_\_\_ na cidade  
\_\_\_\_\_, declaro para os devidos fins, que nesta data recebi o aparelho de  
\_\_\_\_\_, nº de série \_\_\_\_\_ no valor  
de R\$ 6.000,00, no Hospital Memorial, situado à \_\_\_\_\_  
assumindo a partir do recebimento, total e irrestrita responsabilidade sobre o mesmo, me  
comprometendo a restituí-lo no estado em que recebi no dia \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_  
às \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_ horas.

**Obs.:**

**Caso haja atraso na devolução do aparelho, fico ciente que poderei pagar uma multa no  
valor de R\$ 150,00.**

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_

PESO: \_\_\_\_\_

ALTURA: \_\_\_\_\_

FUMANTE: ( ) SIM ( ) NÃO

MARCAPASSO: ( ) SIM ( ) NÃO

RELACIONAR MEDICAMENTOS EM USO: \_\_\_\_\_

Estou ciente que durante o período em que o referido equipamento estiver sob minha guarda,  
serei o único responsável por todos e quaisquer danos.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura