



## TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu \_\_\_\_\_  
portador do RG nº \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_  
residente à rua \_\_\_\_\_  
nº \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_, complemento \_\_\_\_\_ na cidade  
de \_\_\_\_\_, declaro para os devidos fins, que nesta  
data recebi o aparelho de \_\_\_\_\_, nº de série \_\_\_\_\_  
no valor de **R\$6.000,00**, de propriedade da MED-COR Clínica de  
Moléstias Cardiovasculares Ltda, CNPJ 50.822.832/0001-61,  
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 NASCIMENTO:

IDADE:

PESO:

ALTURA:

FUMA: ( ) SIM ( ) NÃO

MARCAPASSO: ( ) SIM ( ) NÃO

RELACIONAR MEDICAMENTOS EM USO:

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

Sorocaba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do cliente ou responsável legal