



CLÍNICA DE MOLÉSTIAS CARDIOVASCULARES LTDA.

Termo de Responsabilidade e Esclarecimento – Exame Mapa:

Eu _____ portador do RG n° _____
CPF _____ residente à rua _____ n° _____,
bairro _____, complemento _____ na cidade de _____, declaro para os devidos
fins, que nesta data recebi o aparelho de **Mapa**, nº do aparelho _____ no valor de **R\$ 8.800,00**,
de propriedade da MED-COR Clínica de Moléstias Cardiovasculares Ltda, CNPJ 50.822.832/000161,
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\$165,00 – Obs: Devolução é das 07:00 Hs até às 08:30 Hs .**

Data de Nascimento: _____ Idade: _____

Peso: _____ Altura: _____

Fuma: () SIM () NÃO

Usa medicamento para a pressão? () SIM () NÃO

Quais? _____

Em qual horário toma diariamente?

Manhã: _____:_____ Tarde: _____:_____ Noite: _____:_____

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