

Termo de Controle dos Pertences dos Pacientes



Por este instrumento, eu _____
(nome legível, completo e por extenso do paciente ou responsável)
_____/_____, declaro que:
(identidade nº / órgão)

1º) Recebi do São Bernardo Apart Hospital os pertences do paciente: _____
(nome legível, completo e por extenso do paciente)

abaixo descritos:

Colatina, ____ de _____ de 20____. _____
(Assinatura do paciente/ ou familiar)

Confirmo entrega dos pertences acima descritos:

1) _____
(assinatura) (Profissão/ COREN)

(nome completo e legível) (Setor)