

Termo de Controle dos Pertences do Paciente



São Bernardo
APART HOSPITAL

RETIRADA:

Por este instrumento, eu _____
(nome legível, completo e por extenso do colaborador)

Setor: _____

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)

(Assinatura do colaborador)

RECEBIMENTO:

Confirmo ter recebido os pertences acima descritos em ____/____/____ no horário: _____

(Assinatura do paciente/ ou familiar)

(Assinatura do colaborador)