



## TERMO DE EMPRÉSTIMO DE EQUIPAMENTO PROGRAMA DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR

O equipamento abaixo relacionado será cedido temporariamente ao Sr.(a):

---

prontuário nº \_\_\_\_\_ , que tem como seu responsável o Sr.(a):

---

residente a \_\_\_\_\_ fone \_\_\_\_\_

Bairro \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_

Fica estabelecido que ambas as partes tenham ciência de que a equipe responsável pela indicação e/ou acompanhamento do paciente, definirá o tempo de uso do equipamento e cabe a família efetuar a devolução do mesmo quando requisitado, bem como garantia dos cuidados necessários para o funcionamento adequado e integridade do equipamento cedido, sendo importante ressaltar que **não está autorizada a mudança de endereço (equipamento)** sem conhecimento e autorização da comissão do Programa de Oxigenoterapia Domiciliar.

### DESCRIÇÃO DO EQUIPAMENTO:

Nº DE PATRIMÔNIO:	DATA DO EMPRÉSTIMO:	DATA PREVISTA P/ ATUALIZAÇÃO DA SOLICITAÇÃO:	DATA DA DEVOLUÇÃO:
-------------------	---------------------	--	--------------------

OBSERVAÇÃO:

---

Cientes:

---

Responsável pelo Paciente

---

Responsável Técnico