

**TERMO DE RESPONSABILIDADE  
PELO APARELHO DE HOLTER  
DE 24 HORAS**



Declaro ter recebido da Unidade Diagnóstica I – Laboratório e Cardiognóstico (Unimed Regional Jaú) um aparelho de Holter 24 horas (CardioLight – Cardios®), para a realização de exame de diagnóstico, e estou ciente que deverei devolvê-lo no momento do término do exame.

Declaro-me igualmente ciente de minha responsabilidade pelo custo de reposição do referido aparelho Holter 24 horas (CardioLight – Cardios®), caso esse venha a ser danificado ou não devolvido, autorizando desde já a Unidade Diagnóstica I – Laboratório e Cardiognóstico (Unimed Regional Jaú) a proceder a cobrança no valor de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais).

Nome legível do (a) paciente: \_\_\_\_\_

Número do CPF: \_\_\_\_\_

Nome legível do (a) responsável: \_\_\_\_\_

Número do CPF do (a) responsável: \_\_\_\_\_

Jaú, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) paciente ou responsável

**IMPORTANTE:**

O termo de responsabilidade pelo aparelho de Holter 24 horas será devolvido ao paciente ou responsável mediante a devolução do aparelho na Unidade Diagnóstica I – setor Cardiognóstico. A permanência desta via em posse da Unidade Diagnóstica I – setor Cardiognóstico após o período de finalização do exame significará que o aparelho não foi devolvido ou apresentou danos e, portanto, será emitida a cobrança ao paciente ou responsável como autorizado acima.

