UNIDADE DE INTERNAÇÃO:_____

COLAR ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO

FAMÍLIAR:_____

ENFERMAGEM: _____

DESCRIÇÃO DE ITENS: _____

APARELHO ELETRÔNICO: **SIM [ ]** **NÃO [ ]**

ESPECIFICAR:_____ MARCA:_____

MODELO:_____

POSSUI ACESSÓRIOS? [ ] **CARREGADOR** [ ] **FONE DE OUVIDOS**

TERMO DE CIÊNCIA:

EU,_____ RG/CPF_____ESTOU CIENTE QUE O **HOSPITAL NÃO SE RESPONSABILIZA POR APARELHOS ELETRÔNICOS E DEMAIS OBJETOS DE VALOR EM POSSE DO PACIENTE.**

DATA:____/_____/_____HORA:_____

ASSINATURA: _____

TESTEMUNHA: _____