



## TERMO DE RETIRADA DE INSTRUMENTAL CIRÚRGICO

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, representante da empresa \_\_\_\_\_, declaro assumir total responsabilidade por extravio ou danos verificados após a retirada dos equipamentos abaixo listados.

A restituição do material por dano causado posterior a retirada, deve ocorrer no prazo de 30 (trinta) dias a contar da data prevista para devolução, qual seja, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Declaro ainda que, no momento da retirada, os equipamentos encontram-se nas condições especificadas no quadro abaixo;

| Nº de Tombamento | Especificação | Observação |
|------------------|---------------|------------|
|                  |               |            |
|                  |               |            |
|                  |               |            |
|                  |               |            |
|                  |               |            |
|                  |               |            |
|                  |               |            |

Brasília, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
*Representante da Contratada*

\_\_\_\_\_  
*Centro de Material Esterilizado*