Anexo T - Termos de responsabilidade

MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
34º BATALHÃO DE INFANTARIA MECANIZADO
"Batalhão República do Paraguai"

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, _____, CPF _____, responsável pela internação de _____, declaro que recebi as informações previstas na legislação vigente, acerca do funcionamento do Sistema de Assistência Médico-Hospitalar aos Militares do Exército, seus Dependentes e Pensionistas Militares (SAMMED), ex-combatentes, pensionistas de ex-combatentes e dependentes do ex-combatente e dos Servidores Civis do Exército Brasileiro (ativos e inativos) e seus dependentes inscritos na PASS, para atendimento em situações de urgência ou emergência em Organização Civil de Saúde, credenciada, contratada ou conveniada.

Também é de meu conhecimento que, em caso de possibilidade de remoção ou evacuação do (a) paciente sob minha responsabilidade para uma organização militar de saúde e não haja concordância de minha parte, o beneficiário titular será o responsável por todas as despesas posteriores, isentando o SAMMED/SAMEx-Cmb e a PASS de quaisquer responsabilidades e despesas oriundas da continuidade do tratamento, conforme previsto nas IG-02.031, EB30-IR-20.038, IR 30-57 e NI nº 01 D Sau, de 13 out 11.

Local/data: _____, _____ de_____ de _____.

_____
Nome
CPF

Observação 1: cópia do Termo de Responsabilidade, assinado, deverá ser "de imediato" fornecida ao responsável pela OCS, mediante recibo.

Observação 2: em caso de recusa em assinar, o responsável pela internação e o responsável pela OCS serão cientificados dos termos da legislação de regência, pelo oficial médico designado para verificação, sendo lavrada a respectiva certidão, confirmada por 2 (duas) testemunhas, se possível.

CERTIFICO que o responsável pela internação, o(a) senhor(a) _____ _____, após ter sido informado dos termos acima descritos, recusou-se a assinar o presente Termo de Responsabilidade.

_____
Nome do médico designado – Posto

_____
Responsável pela OCS

_____
Testemunha 1

_____
Testemunha 2