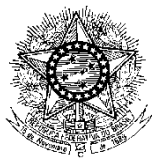


ANEXO T



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
4ª BRIGADA DE CAVALARIA MECANIZADA
(4ª DC/1949)
BRIGADA GUAICURUS

MINUTA DO TERMO DE RESPONSABILIDADE

Processo Administrativo nº 65326.001045/2025-31

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), 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 que não haja concordância de minha parte, o beneficiário titular será o responsável por todas as despesas posteriores, isentando o SAMMED de quaisquer responsabilidades e despesas oriundas da continuidade do tratamento.

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