



**MINISTÉRIO DA DEFESA
MARINHA DO BRASIL
COMANDO DO 7º DISTRITO NAVAL
HOSPITAL NAVAL DE BRASÍLIA**

ANEXO I

TERMO DE RESPONSABILIDADE E ACOMPANHAMENTO DE CASO CLÍNICO

CLÍNICA: _____

Informo ao Hospital Naval de Brasília a seguinte intercorrência durante a realização do tratamento clínico no beneficiário _____, NIP _____, GAU (Núm. da Guia Atendimento ao Usuário) _____.

(Descreva abaixo o incidente, Ex: fratura de lima no interior do conduto):

Diante do ocorrido, comprometo-me a realizar o acompanhamento periódico do beneficiário para preservação do tratamento realizado. Informo ainda, ser responsável perante as esferas ética, civil e penal, pelo tratamento realizado por mim, em meu consultório particular, de acordo com o contrato de credenciamento junto ao Hospital Naval de Brasília, eximindo de qualquer responsabilidade o responsável técnico ou o corpo de auditores dessa empresa.

_____, ____ de _____ 20____.

Assinatura do CD e carimbo