



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

ANEXO M

TERMO DE RESPONSABILIDADE PELO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO REALIZADO

CLÍNICA: _____

BENEFICIÁRIO: _____, NIP _____,

GAU (Núm. da Guia Atendimento ao Usuário) _____.

É de inteira responsabilidade desta clínica, eventuais erros técnicos ou de qualidade do material, que, porventura, venham a ser identificados após a realização do tratamento clínico, por 180 (cento e oitenta) dias. No caso das especialidades de Endodontia e Prótese, o prazo deverá ser de 03 e 05 anos, respectivamente.

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