



Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

TERMO DE INFORMAÇÃO E RESPONSABILIDADE

Declaro estar ciente de que responderei pelo pagamento das despesas relativas a materiais especiais, próteses, órteses, materiais de osteossíntese, medicamentos, exames e serviços médicos prestados decorrentes do tratamento do paciente _____, convênio médico/seguro-saúde _____, caso este não autorize as despesas hospitalares acima indicadas ou qualquer outra porventura efetivada no tratamento do paciente, ainda que não esteja elencada no rol acima.

Paciente/Responsável: _____

Identidade: _____ CPF: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ Celular: _____

Assinatura do paciente/responsável

Testemunhas:

1º) _____

Nome: _____

RG nº: _____

2º) _____

Nome: _____

RG nº: _____

OBS.: _____