

## **Anexo T - Termos de responsabilidade**



**MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
COMANDO MILITAR DO SUL  
COMANDO DA 5ª REGIÃO MILITAR  
EDITAL DE CREDENCIAMENTO 01/2024  
NUP Nº 64559.006752/2024-36**

### **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, IR 30-38, 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