



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\_\_\_\_\_.

Paciente/Responsável:\_\_\_\_\_

Identidade:\_\_\_\_\_CPF:\_\_\_\_\_

Endereço:\_\_\_\_\_

Telefone:\_\_\_\_\_Celular:\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente/responsável

Testemunhas:

1°)\_\_\_\_\_

Nome:\_\_\_\_\_

RG n°:\_\_\_\_\_

2°)\_\_\_\_\_

Nome:\_\_\_\_\_

RG n°:\_\_\_\_\_