



ESTADO MAIOR GENERAL DAS FORÇAS ARMADAS

HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS

POLO _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, _____,
melhor identificado/a no requerimento dirigido ao Exmo(a). Director(a) Clínico(a) Adjunto(a) do HFAR (PL/PP), solicitando para ser assistido/a no Hospital das Forças Armadas, declaro que tomei conhecimento e aceito os procedimentos que me são exigidos, responsabilizando-me pelo pagamento integral e sem reservas, relativo às despesas suportadas por este hospital no âmbito dos serviços Médico/Cirúrgicos que me forem prestados, nomeadamente tratamento, consultas, intervenção cirúrgica e ainda as custas pela estadia durante o eventual período de internamento.

Hospital das Forças Armadas, _____ de _____ de _____

O/A Declarante
