

**TERMO DE RESPONSABILIDADE:**

Eu, \_\_\_\_\_, portador do CRM \_\_\_\_\_, declaro ter ciência e compreensão das normas de trabalho, dispostas no folheto de “Informações Gerais” e na “Ambientação Médica”, comprometendo-me a cumpri-las, sendo que caso não o faça por motivos não justificáveis comprometo-me solidariamente com o Hospital Brasília pelas sanções que o mesmo possa sofrer.

Brasília/DF,        de                de 2009.

---

( nome do médico completo)