

Declaro que:

A. Fui devidamente informado(a) pelo médico Dr.(a) _____
CRM _____, sobre o procedimento/tratamento _____
_____, a que devo ser submetido, seus riscos, benefícios e possibilidades alternativas, bem
como as possíveis consequências da sua não realização.

1. Recusa Livre- Optei por não realizar o procedimento/tratamento acima mencionado, podendo a qualquer momento autorizar a realização do procedimento/tratamento que ora recuso, desde que presentes as condições clínicas indicadas;

2. Abandono de Tratamento- Optei por interromper o tratamento, sendo informado que não estou em boas condições de saúde e que deveria permanecer sob tratamento neste Hospital. Posso a qualquer momento autorizar a realização do procedimento/tratamento que ora interrompo, desde que presentes as condições clínicas indicadas;

B. Declaro ainda ter sido esclarecido e alertado sobre os riscos de morte e eventuais seqüelas irreversíveis a que estarei sujeito pela interrupção do tratamento/não realização do procedimento, assumindo pessoal e individualmente todas as consequências de minha conduta.

PACIENTE/RESPONSÁVEL

Nome Completo: _____

Nome Social: _____

Sexo: () M () F () Outros Data de nascimento: ____/____/____ Registro: _____ Unidade: _____

Nacionalidade: _____ Estado Civil: _____

Residente e domiciliado à _____ nº _____

Complemento: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

Telefones para contato: (____) _____, (____) _____, (____) _____

_____, _____ de _____ de 20____. Hora: _____:_____

Grau de parentesco do responsável: _____ CPF: _____

Assinatura do Paciente: _____

TESTEMUNHA

Nome legível: _____ Assinatura: _____

PREENCHIMENTO DO MÉDICO

Confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiar, o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas referente à recusa e abandono de tratamento. Acredito que o paciente/responsável entendeu o que expliquei.

Nome legível, CRM e visto ou carimbo com CRM e visto