

Termo de Recusa Permanência de Internação



Eu, _____
nacionalidade _____, estado civil _____
nº de identidade _____ CPF _____
domiciliado à _____

na cidade de _____, estado _____, na qualidade de _____
_____[grau de parentesco], e responsável legal pelo paciente

do grupo São Bernardo Apart, desde o dia _____, declaro que fui devidamente informado pelo(a) médico(a) Dr.(a) _____ CRM _____, sobre o tratamento _____ a que deve ser submetido o paciente, seus riscos, benefícios e possibilidades alternativas, bem como as possíveis conseqüências da sua não realização.

Declaro ainda ter sido esclarecido e alertado sobre o risco de vida e eventuais seqüelas irreversíveis a que estará sujeito o paciente pela não permanência na instituição para continuidade do tratamento e, na qualidade de seu responsável e representante legal, usando dos direitos que a lei me garante, não autorizo o permanência/tratamento indicado e assumo, pessoal, individualmente e juridicamente a responsabilidade pelas conseqüências da minha recusa.

Colatina, _____ de _____ de 20_____. _____
(assinatura do paciente/ responsável legal)

Testemunhas:

1) Assinatura: _____ 2) Assinatura: _____

Nome: _____ Nome: _____

CPF nº: _____ CPF nº: _____