

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -
Recusa De Realizacao De Procedimentos Invasivos
Nas Unidades De Internacao E Unidades De
Terapia Intensiva



Dados do Paciente

Paciente: _____ Setor: _____ Leito: _____
Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Sexo: Feminino Masculino

Eu, _____ (nome do paciente/responsável), _____ (estado civil), _____ (profissão), portador (a) de RG nº _____, inscrito (a) no CPF nº _____, residente e domiciliado(a) _____, DESAUTORIZO, segundo meus próprios motivos e sob minha inteira responsabilidade, a realização do (a)

_____ (nome do procedimento indicado), recomendado pelo profissional de saúde Dr./Drª. _____ (nome do profissional/número de inscrição no conselho regional da categoria), o(a) qual devidamente esclareceu todos os benefícios, riscos e alternativas inerentes ao tratamento proposto, sendo minha a responsabilidade integral por todos e quaisquer danos quanto a recusa em autorizar a sua realização, eximindo, por conseguinte, o Hospital e/ou o profissional responsável de quaisquer consequências advindas dessa evasão.

Por ser verdade, firmo a presente para a produção de todos os efeitos legais.

Colatina, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Paciente e/ou Responsável:

Testemunhas (campo a ser preenchido em caso de paciente/responsável iletrado ou na hipótese de haver, simultaneamente, não autorização do procedimento e recusa em assinar o presente termo).

1.Nome: _____ Número do CPF: _____

2.Nome: _____ Número do CPF: _____