

Termo de esclarecimentos, ciência e recusa em receber assistência



Por este instrumento, eu \_\_\_\_\_  
[nome legível, completo e por extenso do paciente ou responsável]  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, declaro que:  
(identidade nº / órgão)

1º) Ter sido devidamente informado(a) e orientado(a) sobre todas as indicações, contra-indicações, necessidades das condutas e procedimentos/ assistência a serem adotados pela equipe de enfermagem ;

2º) Renuncio a realização da assistência \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ a ser adotada.

Colatina, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_  
(Assinatura do paciente/ ou familiar)

Testemunho que este documento foi assinado pela pessoa acima identificada:

1) \_\_\_\_\_ [assinatura] \_\_\_\_\_ [nº do documento de identidade]  
\_\_\_\_\_  
(nome completo e legível) \_\_\_\_\_ [endereço]

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou seu (seus) responsável(eis), o propósito, os riscos, os benefícios e as alternativas para o tratamento (s)/ assistência (s) acima descritos.

Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
Assinatura do enfermeiro do setor