

# TERMO DE CONSENTIMENTO DE RECUSA E ABANDONO DE TRATAMENTO

(Preencher quando não houver etiqueta)

Nome do Hospital: \_\_\_\_\_

Nome completo: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_

Data de Admissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_

Nome do diretor médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

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.
- 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;
  - 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

Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Residente e domiciliado à \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

complemento: \_\_\_\_\_ bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

Telefones para contato: ( ) \_\_\_\_\_ - ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_\_ :

Nome legível: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco do responsável: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

## 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