

# TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO DE ALTA À REVELIA

(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 \_\_\_\_\_, de que devido ao meu estado de saúde, a recomendação médica é de que permaneça internado(a) para receber cuidados e tratamentos.
- b) Ainda assim optei por deixar este Hospital à revelia do corpo clínico para:
- Dar continuidade ao procedimento e/ou tratamento no Hospital: \_\_\_\_\_  
para onde serei conduzido por:  Veículo Próprio  Ambulância
  - Abandonar o tratamento indicado pela equipe médica, decidindo pela minha condução à residência para onde serei conduzido por:  Veículo Próprio  Ambulância
- c) Declaro ainda ter sido esclarecido(a) e alertado(a) sobre os riscos de morte e eventuais sequelas irreversíveis a que estarei sujeito, assumindo todas as consequências, pessoal e individualmente.

## PACIENTE/RESPONSÁVEL

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

Nome legível: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco do Responsável: \_\_\_\_\_

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

Residente e domiciliado à: \_\_\_\_\_ nº: \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

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

## TESTEMUNHA

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

## PREENCHIMENTO DO MÉDICO

Confirmando que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiar, que a recomendação médica é de que o paciente permaneça internado no hospital, pois necessita de cuidados e tratamentos indicados para o seu estado de saúde. Esclareci o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas da internação hospitalar e dos cuidados e tratamentos indicados; alertei sobre os riscos relacionados à alta à revelia, inclusive de sequelas irreversíveis e até mesmo de morte. Acredito que o paciente/responsável entendeu o que expliquei e ainda assim, RECUSA-SE a permanecer no hospital.

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

Outras considerações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_