

**TERMO DE RESPONSABILIDADE
RECUSA DE TRATAMENTO PELO RESPONSÁVEL LEGAL**

PAG. 1 de 1

Eu, _____, portador do RG nº _____, e do
CPF nº _____, declaro, para todos os fins, que **recusei o tratamento ofertado**,
pelo médico responsável Dr.(a) _____, para o (a) paciente

_____, assumindo todas as responsabilidades por meu ato.

Declaro ainda, ter sido informado(a) sobre o quadro clínico do referido paciente e esclarecido acerca dos exames, medicamentos e procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos indicados para tratamento e investigação, da sua condição de saúde, além dos riscos que poderão ser causados pela não realização de tratamento, conforme indicado abaixo.

Através deste termo, isento o Hospital e todos os profissionais de saúde envolvidos, direta ou indiretamente, no tratamento do paciente acima citado, de qualquer responsabilidade sobre os efeitos e causas danosas referentes à condição clínica médica e de saúde do paciente, bem como **assumo toda a responsabilidade pela recusa ao tratamento indicado**, mesmo ciente de que há indicação do médico assistente de manutenção deste tratamento.

1. DESCRIÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:

_____.

2. DIAGNÓSTICO:

_____.

3. DESCRIÇÃO DOS RISCOS:

_____.

Lençóis Paulista, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) Responsável Legal

Testemunhas que presenciaram a solicitação de alta e orientações médicas sobre os riscos.

Assinatura e carimbo da testemunha 1

Assinatura e carimbo da testemunha 2

Este termo deverá ser preenchido, impresso em duas vias e anexado ao prontuário do paciente na data da internação, deverá ser checado pelo funcionário do centro cirúrgico ou local agendado e uma das vias entregue ao médico assistente.

