

TERMO DE RECUSA DE ASSINATURA

Paciente: _____

Carteira de Identidade: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Responsável legal: _____

Carteira de Identidade: _____

Exibido o presente termo,

Termo de ciência e consentimento para procedimentos invasivos e cirurgias;

Termo de ciência e consentimento informado para anestesia e sedação;

Termo De Consentimento Para Internação;

Termo de ciência e consentimento para hemotransfusão e hemocomponentes.

Ao paciente descrito acima para seu conhecimento, e devida assinatura, recusou-se à fazê-lo, conforme constata as duas testemunhas que assinam abaixo.

Testemunhas:

Nome: _____

CPF: _____ Assinatura: _____

Nome: _____

CPF: _____ Assinatura: _____

Cuiabá, ____/____/____