

TERMO DE RECUSA LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, CPF _____,
RG _____, na qualidade de () paciente () responsável e representante legal (grau de parentesco: _____) declaro que fui devidamente esclarecido pelo Médico Dr(a) _____ CRM _____, sobre o procedimento _____ a que devo ser submetido, seus benefícios e possibilidades alternativas, bem como os riscos e complicações potenciais da sua não realização.

Declaro que tive a oportunidade de fazer perguntas, e quando as fiz, obtive respostas de maneira satisfatória e estou devidamente ciente que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

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.

Declaro ainda ter sido esclarecido e alertado sobre os riscos de morte e eventuais sequelas irreversíveis a que estarei sujeito pela não realização do procedimento e usando dos direitos a que a lei me garante, **não autorizo o tratamento indicado**, assumindo pessoal e individualmente todas as consequências e responsabilidades da minha recusa.

Cuiabá, _____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do paciente ou responsável e representante legal

Testemunhas:

Nome: _____

CPF: _____ Assinatura: _____

Nome: _____

CPF: _____ Assinatura: _____

Este espaço a seguir, deverá ser preenchido pelo Médico

Explique todo o procedimento/tratamento ao paciente acima identificado e/ou responsável, sobre os benefícios, riscos, alternativas, referentes a sua recusa, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou responsável, está em condições de compreender o que lhe foi informado.

Assinatura/CRM/Carimbo do Médico responsável