



Termo de Recusa para Procedimentos Invasivos e Cirurgias

PAG. 1 de 2

Paciente: _____ Atendimento: _____

Leito: _____ Setor: _____

Declaro que fui devidamente informado pelo médico Dr.(a) _____ sobre o procedimento _____, a que devo ser submetido, seus riscos, benefícios e possibilidades alternativas, bem como as possíveis consequências da sua não realização.

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 responsabilidade da minha recusa.

Declaro que de acordo com a informações que foram prestadas, sem vício de vontade ou de consentimento, pretendo recusar o tratamento médico indicado, motivo pelo qual, reconheço que foi garantida minha liberdade de escolha, ou seja, de ser submetido(a) ou não ao procedimento/tratamento médico proposto.

Reitero que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima destacados e que me foi dada a oportunidade para anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse.

Expresso, portanto, minha opção livre, informada e esclarecida, e assumo os riscos derivados da minha decisão, em razão da recusa ao tratamento médico indicado.

Paciente () Responsável ()

Nome legível: _____ Assinatura: _____

Grau de Parentesco: _____ Identidade Nº: _____

Ribeirão Preto: ____/____/____ Hora: ____: ____

Deve ser preenchido pelo médico



Termo de Recusa para Procedimentos Invasivos e Cirurgias

PAG. 2 de 2

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo sanado todas as dúvidas formuladas pelo mesmo. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em plenas condições de compreender o que lhes foi informado, e mesmo assim, RECUSA o tratamento/procedimento.

Nome do médico: _____ CRM _____

Assinatura _____

