

# Termo de Recusa Livre e Esclarecida.

## PACIENTE

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Identidade Nº.: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_

OBS.: no caso do declarante não ser o paciente, preencher o espaço abaixo.

## REPRESENTANTE / RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Identidade Nº.: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_

1. Declaro que fui informado da conveniência e da indicação do procedimento acima especificado pela equipe do Dr. \_\_\_\_\_ CRM Nº. \_\_\_\_\_, médico responsável pelo procedimento;

2. A proposta do procedimento que será realizado e seus benefícios me foram claramente explicados, assim como os riscos e complicações potenciais;

3. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e quando as fiz, obtive respostas de maneira adequada e satisfatória. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos;

4. Declaro ainda ter sido esclarecido e alertado sobre o risco de vida e eventuais sequelas irreversíveis a que estará sujeito o paciente pela não realização do procedimento;

5. Assim, declaro agora que estou satisfeito com as informações recebidas e que compreendo o alcance e riscos do procedimento, e usando dos direitos que a lei me garante, não autorizo o tratamento indicado e assumo, pessoal e individualmente, a responsabilidade pelas consequências da minha recusa.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente ou Responsável/Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Testemunha

\_\_\_\_\_  
Testemunha

MÉDICO RESPONSÁVEL (em situações de Emergência, dois médicos deverão assinar).

Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o texto acima.

Não foi possível a coleta desse Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de situação de EMERGÊNCIA.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico, CRM

\_\_\_\_\_  
Testemunha

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico, CRM

\_\_\_\_\_  
Testemunha