

TERMO DE RECUSA LIVRE E ESCLARECIDO – PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL

Eu, _____
_____, nacionalidade _____, estado civil
_____, inscrito no CPF sob o nº _____,
portador da cédula de identidade RG nº _____, residente e
domiciliado(a) na _____
_____, cidade _____, estado _____, na
qualidade de () paciente () responsável e representante legal (grau de parentesco:
_____) **declaro** que fui devidamente informado pelo(a)
médico(a) Dr.(a) _____,
CRM/RN nº _____, sobre a necessidade de minha submissão ou do
representado, ao procedimento/tratamento _____
_____, seus
riscos, benefícios e possibilidades alternativas, bem como as possíveis consequências
da sua não realização.

Optei, **por livre e esclarecida opção**, em 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 que me recuso a me submeter ao tratamento/procedimento por que:

Declaro ainda ter sido esclarecido e alertado sobre os riscos da não adesão ao
tratamento/procedimento 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.

Goiânia, _____ de _____ de 20____.

Assinatura: _____

Testemunhas:

1)

2)