



**TERMO DE RECUSA A PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS, INVASIVOS
DE DIAGNÓSTICO OU TERAPIA**

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(a) pelo Dr.(a) _____ CRM/SP nº _____ do InCor sobre a necessidade e indicação de realizar em minha pessoa o(s) seguinte(s) procedimento(s): _____
2. A proposta do procedimento indicado, seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram explicadas claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas que foram respondidas satisfatoriamente.
3. Reconheço que nenhuma garantia me foi dada sobre resultados, mas sim que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis neste hospital para ser alcançado o melhor resultado.
4. Declaro ainda ter sido esclarecido e alertado sobre o risco de óbito e eventuais sequelas irreversíveis a que estará sujeito o paciente pela não realização do procedimento.
5. Declaro 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.

São Paulo, ____ de _____ de _____

Paciente

Responsável

Nome Legível: _____ Assinatura: _____

Grau de Parentesco: _____ Identidade Nº _____

Testemunha

Testemunha

A ser preenchido pelo Médico

Expliquei todo o procedimento ao paciente acima identificado, ou ao seu responsável, e também seus benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico _____ Assinatura: _____ CRM: _____

Carimbo