

TERMO LIVRE, INFORMADO E ESCLARECIDO DE RECUSA TERAPÊUTICA

Eu, _____, portador do documento de identidade n. _____, **Data de nascimento** ___/___/___ e inscrito no CPF sob o n. _____, maior de idade, capaz lúcido, orientado (a) e consciente, declaro que me responsabilizo pela recusa em aceitar o(s) tratamento(s) e/ou procedimento (s) abaixo referido(s) e que fui, pelo (a) médico (a) abaixo identificado (a), devidamente informado (a), em linguagem clara e objetiva, acerca da minha (sua) situação clínica, da indicação terapêutica e seus benefícios e das possíveis complicações e riscos que corro(e) com esta minha decisão, sendo-me facultado realizar perguntas, que foram integralmente respondidas e esclarecidas.

Este dissentimento pode, por minha livre vontade, ser revogado a qualquer momento.

Tratamento(s) e/ou Procedimento(s):

Recusa total

Recusa parcial (especificar) _____

Assinatura do Paciente: _____

REPRESENTANTE DO DOENTE

() Pai/Mãe

() Filho(a)

() Cônjuge

() Tutor

() Outro (especificar) _____

_____ (nome), portador do documento de identidade n. _____ e inscrito no CPF sob o n. _____.

Assinatura do Representante _____ Data ___/___/_____

Nome e Carimbo do Médico _____

Testemunha 1 _____ (nos casos de perigo de morte, nos termos do artigo 12 da Resolução CFM n. 2.232/2019)

Testemunha 2 _____ (nos casos de perigo de morte, nos termos do artigo 12 da Resolução CFM n. 2.232/2019)

Data ___ / ___ / ___

Belo Horizonte, _____, de _____, de _____.