

Termo de recusa permanência de internação



Eu, _____

nacionalidade _____, estado civil _____

nº de identidade _____ CPF _____

domiciliado à _____

na cidade de _____, estado _____, na qualidade de _____

_____ (grau de parentesco), e responsável legal pelo paciente _____

do grupo São Bernardo Apart, desde o dia _____, declaro que fui devidamente informado pelo(a) médico(a) Dr.(a) _____

CRM _____, sobre o tratamento _____

a que deve ser submetido o paciente, seus riscos, benefícios e possibilidades alternativas, bem como as possíveis consequências da sua não realização.

Declaro ainda ter sido esclarecido e alertado sobre o risco de vida e eventuais sequelas irreversíveis a que estará sujeito o paciente pela não permanência na instituição para continuidade do tratamento e, na qualidade de seu responsável e representante legal, usando dos direitos que a lei me garante, não autorizo o permanência/tratamento indicado e assumo, pessoal, individualmente e juridicamente a responsabilidade pelas consequências da minha recusa.

Colatina, _____ de _____ de 20____. _____
(assinatura do paciente/ responsável legal)

Testemunhas:

1) Assinatura: _____

2) Assinatura: _____

Nome: _____

Nome: _____

CPF nº: _____

CPF nº: _____