
TERMO DE DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO

PACIENTE:

Nome: _____ Idade: _____

Identidade No.: _____ Órgão expedidor: _____

Obs: No caso de impossibilidade do paciente assinar, preencher os dados do Representante ou Responsável Legal.

REPRESENTANTE / RESPONSÁVEL LEGAL:

Nome: _____ Idade: _____

Identidade No.: _____ Órgão expedidor: _____

Mesmo tendo sido devidamente esclarecido pelo(s) médico(s) que me assiste(m) neste momento, no setor de _____ do Hospital _____, quanto à necessidade da continuação do tratamento, assumo toda e qualquer consequência relacionada a minha decisão de retirar-me desta Unidade Hospitalar.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____

Hora: _____

(Paciente) ou (Responsável / Representante Legal)

Testemunha

Testemunha

MÉDICO RESPONSÁVEL:

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

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____

Hora: _____

Médico, CRM No.