

QUALIDADE		Código do Formulário QLD.FOR.037	
TERMO DE CONSENTIMENTO			
Código: CC.TCLE.034			
Data Revisão Atual: 08/05/2026		Data do Vencimento: 08/05/2028	
Nome: Termo de Recusa Livre e Esclarecido			

Eu, _____, portador(a) do documento de identidade número _____, declaro que fui devidamente esclarecido(a) pelo(a) Dr.(a) _____, bem como por sua equipe, acerca do meu estado de saúde.

Declaro ter sido devidamente informado(a) em linguagem clara e objetiva de que com base em exames, avaliações e/ou diagnóstico, me foi recomendado o seguinte tratamento/procedimento/internação/medicamento: _____

Recebi todas as informações relativas à indicação, aos benefícios, aos riscos e as probabilidades de êxito do tratamento acima proposto.

Também fui informado(a) sobre as alternativas possíveis e as consequências de **não** realizar o tratamento.

Tive oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao tratamento antes da assinatura deste documento.

Mesmo ciente das orientações médicas e dos possíveis riscos decorrentes da minha decisão, manifesto, de forma livre e esclarecida, minha recusa em realizar o procedimento/tratamento acima referido, assumindo a responsabilidade pelas possíveis consequências decorrentes dessa decisão.

Autorizo o registro desta recusa em meu prontuário médico.

Veranópolis, ____/____/____, às ____ horas e ____ minutos.

 Paciente / Responsável Legal
 CPF: ____/____/____ - ____
 Data: ____/____/____

 Médico(a)
 CRM: _____

 Testemunha 1
 CPF: ____/____/____ - ____

 Testemunha 2
 CPF: ____/____/____ - ____