

QUALIDADE		Código do Formulário QLD.FOR.037	
TERMO DE CONSENTIMENTO			
Código: CC.TCLE.034			
Data Revisão Atual: 17/04/2023		Data do Vencimento: 17/04/2025	
Nome: Termo de Recusa Livre e Esclarecido			

PACIENTE: \_\_\_\_\_ DN \_\_\_\_\_  
 Q/L: \_\_\_\_\_ MÉDICO: \_\_\_\_\_

Fui devidamente informado (a) em linguagem clara e objetiva, pelo profissional de saúde, 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.

Apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as minhas dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas, opto por **não** realizar o tratamento acima mencionado, podendo, no entanto, a qualquer momento autorizar sua realização, desde que presentes as condições clínicas indicadas.

Dessa forma, apesar de ter sido esclarecido (a) e alertado (a) sobre as possíveis consequências, eventuais sequelas irreversíveis e até mesmo os riscos de morte a que estarei sujeito (a), ao optar pela não realização/interrupção do tratamento, faço uso de um direito garantido por lei.

**Com efeito, não autorizo o tratamento indicado, assumindo pessoal e individualmente todas as consequências e responsabilidades pertinentes a minha recusa.**

Veranópolis, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, às \_\_\_\_ horas e \_\_\_\_ minutos.

( ) Paciente ( ) Responsável

Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Nome do Profissional de Saúde: \_\_\_\_\_ Conselho: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_ Conselho: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_