

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: _____

Declaro ter recebido todas as informações relacionadas à importância da minha permanência na Unidade _____ do Hospital

Quinta D'Or para a manutenção e continuidade do(s) tratamento(s) instituído pelo(s) médico(s) que me assiste(m) neste momento.

Apesar disso, decido desistir do tratamento proposto e retiro-me desta Unidade Hospitalar. Declaro ter compreendido e assumo toda e qualquer

responsabilidade pelos riscos aos quais me exponho, e que me foram claramente explicados, ao tomar esta decisão.

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.