

**TERMO DE CONHECIMENTO, ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO DE RECUSA PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO PRESCRITO**

Paciente e ou ( ) Responsável: \_\_\_\_\_, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento \_\_\_\_\_, e ou a realização de Procedimentos ao (s) qual (is) será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico, pela equipe de colaboradores do Complexo de Saúde São João de Deus, profissionais especializados e empresas prestadores de serviços parceiras do CSSJD.

**PROCEDIMENTO, COMPLICAÇÕES E RISCOS**

1) Procedimento:


2) Complicações e Riscos:


3) Informações Pertinentes Quanto à Recusa do Recebimento do Tratamento:


**DECLARAÇÃO DO PACIENTE**

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_ ( ) Paciente ( ) Responsável grau de parentesco: \_\_\_\_\_, portador(a) de \_\_\_\_\_, em tratamento no CHSF, declaro que recebi do (a) Dr. (a) \_\_\_\_\_, CRM: \_\_\_\_\_ todas as orientações quanto ao procedimento, riscos e complicações da não realização do \_\_\_\_\_. Decido por livre e espontânea vontade por não receber o procedimento \_\_\_\_\_, solicitando exercer autoridade de decidir livremente sobre a minha pessoa ou bem-estar e quanto à execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, que neste momento, considero prejudiciais para a manutenção da minha dignidade e conforto.

**TESTEMUNHAS**

1ª Testemunha

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

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

CPF: \_\_\_\_\_

2ª Testemunha

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

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

CPF: \_\_\_\_\_

**DECLARAÇÃO DO MÉDICO**

Declaro ter explicado todo o procedimento de \_\_\_\_\_ sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelo (s) mesmo (s). De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, estão em condições de compreender o que lhe (s) foi informado.

Divinópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

completo: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

