

TERMO DE CONHECIMENTO, ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA ALTA A PEDIDO DO PACIENTE/CLIENTE OU FAMILIAR

Eu, _____, inscrito no CPF sob o nº _____ () Paciente () Responsável, grau de parentesco: _____, em ato livre, soberano e consciente, desejo exercer meu direito de recusar atendimento ou procedimentos médicos a mim propostos no Complexo de Saúde São de Deus, bem como o de deixar esta Instituição, mesmo não tendo recebido alta médica hospitalar, após me ter sido amplamente explicado, com o apoio da equipe multiprofissional dessa instituição, em linguagem clara e acessível, o meu diagnóstico, minhas condições clínicas, possibilidades terapêuticas, conseqüências da interrupção da assistência médica e hospitalar e os possíveis riscos e danos deste ato.

Informo, ainda, estar ciente de que o exercício desse meu direito isentará os médicos e outros profissionais que me assistiram, bem como a citada instituição acima e seus diretores, da responsabilidade por quaisquer conseqüências adversas a minha saúde, desde que diretamente relacionadas a esta alta.

Para tanto, reitero que fui devidamente informado e esclarecido quanto à situação de minha saúde, conforme acima registrado, e decido deixar de ser assistido neste hospital, em razão de:

Esclarecimentos adicionais prestados ao paciente e ao acompanhante, feito **pelo médico assistente**:

Tive a oportunidade de fazer perguntas, que me foram respondidas satisfatoriamente, assim, tendo conhecimento de minha solicitação.

Divinópolis, _____ de _____ de 20 _____.

Assinatura: _____
(Paciente ou responsável)

TESTEMUNHAS

1) Assinatura: _____

2) Assinatura: _____

Nome: _____

Nome: _____

CPF₁ nº: _____

CPF₂ nº: _____

PROFISSIONAL DA INSTITUIÇÃO

De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhe foi informado.

Divinópolis, _____ de _____ de _____

Nome completo: _____

Assinatura