

Etiqueta do Paciente



### TERMO DE DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO

**PACIENTE:**

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

Identidade No.: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_

Obs: Sempre 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 Badim para a manutenção 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:**

Declaro que prestei todas as informações necessárias ao paciente ou ao seu representante legal, conforme descrito no termo acima.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Médico, CRM No.