

**DECLARAÇÃO DO PACIENTE**

Eu \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_  
RG \_\_\_\_\_, na qualidade de ( ) paciente ( ) responsável representante legal (grau de parentesco: \_\_\_\_\_) declaro que fui devidamente informado e esclarecido pelo médico Dr(a) \_\_\_\_\_ inscrito \_\_\_\_\_ no CRM/MG \_\_\_\_\_, com base nas hipóteses diagnósticas levantadas para o meu caso, sobre \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_ tratamento \_\_\_\_\_ eletivo proposto: \_\_\_\_\_, seus benefícios e possibilidades, bem como os riscos e complicações potenciais da sua realização.

Também fui informado (a) sobre as alternativas possíveis e disponíveis ao tratamento e ainda sobre as consequências de não realizar o tratamento;

Declaro que tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas e obtive respostas de maneira satisfatória. Estou devidamente ciente dos riscos do tratamento eletivo proposto, bem como que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

Assim, por ser maior de idade e estar no momento da decisão, capaz, lúcido, orientado e consciente, opto por não realizar o procedimento acima mencionado, ciente que com a recusa perderei o agendamento realizado junto à equipe responsável bem como a preparação necessária. Posteriormente, a qualquer momento, posso autorizar a realização do procedimento/tratamento que ora recuso, desde que presentes as condições clínicas indicadas bem como as condições exigidas pela instituição.

Declaro ainda ter sido esclarecido e alertado sobre os riscos de morte e eventuais sequelas irreversíveis a que estarei sujeito pela não realização do procedimento e usando dos direitos a que a legislação me garante, **não autorizo o tratamento indicado**, assumindo pessoal e individualmente todas as consequências e encargos da minha recusa, isentando a instituição de responsabilidades em quaisquer esferas (cível, administrativa e penal).

Divinópolis, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente ou responsável e representante legal

Testemunhas:

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

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

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

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

**O espaço a seguir deverá ser preenchido pelo médico**

Expliquei todo o procedimento/tratamento ao paciente acima identificado e/ou responsável, sobre os benefícios, riscos, alternativas, referentes à sua recusa, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou responsável, está em condições de compreender o que lhe foi informado.

\_\_\_\_\_  
Assinatura/CRM/carimbo do médico responsável