

TERMO DE RECUSA DE TRATAMENTO

Eu, _____,
portador do Cartão de Cidadão / BI Passaporte Carta de condução (riscar o que não interessa) N.º _____, estando lúcido(a) e consciente, declaro que me responsabilizo pela **recusa em aceitar o(s) tratamento(s) e/ou procedimento(s)** abaixo referido(s) e que fui, pelo Médico/Enfermeiro abaixo identificado, devidamente informado(a) acerca da minha (sua) situação clínica, das possíveis complicações e riscos que corro(e) com esta minha decisão, tendo sido também informado(a) dos tratamentos alternativos.

Este Dissentimento pode, por minha livre vontade, ser revogado a qualquer momento.

Tratamento(s) e/ou Procedimento(s):

Recusa total

Recusa parcial (especificar) _____

Impressão
Digital

Assinatura do Doente _____

Nome do Médico / Enfermeiro _____

Assinatura _____ **Nº Mecanográfico** _____ **Data** ____/____/____

Representante do Doente

Pai/Mãe Filho(a) Cônjuge Tutor Outro (especificar) _____

Nome _____

Cartão Cidadão /BI Passaporte Carta de condução N.º _____

Assinatura do Representante _____ **Data** ____/____/____

NOTA: DEVE SER FEITO EM DUPLICADO:

Uma via para ARQUIVO e outra via para entregar à pessoa que dissente.