



Irmandade da Santa Casa de Sertãozinho

Rua Eptácio Pessoa, 1.741- Centro -Cep-14160.000 – Sertãozinho-SP
Fone - PABX: (016) 642-2855 - Reconhecida de Utilidade Pública:
Municipal: Lei nº 581 – Estadual: Lei nº 1708 – Federal: Decreto nº 50517
CGC/MF.: 71.326.292/0001-03 - Inscrição Estadual - Isenta
e-mail: stcasa.stz@netsite.com.br

Termo de Recusa CONDUTAS TERAPÊUTICAS OU PROCEDIMENTOS

Paciente _____

e/ou seu Responsável, abaixo assinado, vêm por meio do presente Termo de Recusa de Conduta Terapêutica ou Procedimentos, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, declarar o seguinte; Estando o Paciente acima qualificado internado junto a Irmandade Santa Casa de Sertãozinho, o mesmo vem de livre e espontânea vontade e em pleno gozo de suas condições mentais, por si e/ou através de seu Responsável, recusar a conduta terapêutica e/ou procedimento _____ proposta (s) pelo (s)

médico (s) assistente (s), externando sua vontade nos seguintes termos:

1. O Paciente declara ter recebido todas as informações, em linguagem clara e objetiva, relacionadas à importância da sua permanência na Irmandade Santa Casa de Sertãozinho para início, manutenção ou continuidade do (s) tratamento (s) ou do procedimento (s) instituído pelo (s) médico (s) que lhe assiste (m) neste momento.
2. O Paciente declara ter sido informado (a) e esclarecido (a) pelo (s) médico (s) assistente (s) acerca da sua condição de saúde, do tratamento necessário, da conduta que deveria ser adotada e dos riscos e do prognóstico (evolução do tratamento e/ou resultado do procedimento cirúrgico).
3. O Paciente declara ter sido informado (a) e esclarecido (a) pelo (s) médico (s) atendente (s) sobre as alternativas possíveis e as principais complicações que podem derivar da sua recusa em submeter-se ao procedimento/tratamento proposto.
4. O Paciente declara que de acordo com a informações que lhe foram prestadas, sem vício de vontade ou de consentimento, pretende recusar o tratamento médico ou cirúrgico indicado.
5. O Paciente declara que reconhece que lhe foi garantida sua liberdade de escolha, ou seja, de ser submetido (a) ou não ao procedimento/tratamento médico proposto, e usando dos direitos que a Lei lhe garantem, não autoriza a realização do tratamento terapêutico/procedimento proposto (s), assumindo pessoal e individualmente todas as consequências e responsabilidades decorrentes da sua recusa.



Irmandade da Santa Casa de Sertãozinho

Rua Eptácio Pessoa, 1.741- Centro -Cep-14160.000 – Sertãozinho-SP
Fone - PABX: (016) 642-2855 - Reconhecida de Utilidade Pública:
Municipal: Lei nº 581 – Estadual: Lei nº 1708 – Federal: Decreto nº 50517
CGC/MF.: 71.326.292/0001-03 - Inscrição Estadual - Isenta
e-mail: stcasa.stz@netsite.com.br

6. O Paciente declara que reconhece que todas as suas dúvidas foram esclarecidas e que entende todas as implicações e riscos envolvidos (risco de morte e/ou sequelas irreversíveis) a que estará sujeito (a), bem como que entendeu todas as explicações que lhe foram prestadas e, apesar disso, decidiu desistir do tratamento proposto e retirar-se desta Unidade de Saúde. Expresso, portanto, minha opção livre, informada e esclarecida, assumindo os riscos derivados da decisão, e recuso o tratamento médico indicado.

O Responsável, abaixo qualificado, declara, ainda, que mesmo após as explicações que lhes foram dadas sobre as consequências da sua recusa em permitir o tratamento terapêutico e/ou procedimento, que assume a total responsabilidade pela decisão de não iniciar ou interromper a conduta terapêutica indicada pelo(s) médico(s) assistente(s), ou a não permitir que se realize(m) o(s) procedimento(s) proposto(s) ao Paciente.

Sertãozinho, __/__/____.

Hora:__:__:__

Paciente

Responsável

Termo de Recusa CONDUTAS TERAPÊUTICAS OU PROCEDIMENTOS

Este espaço a seguir, deverá ser preenchido pelo Médico Assistente Declaro para todos os fins e efeitos legais, com suporte legal na Resolução CFM nº 2.232/2019 e no artigo 24 do Código de Ética Médica 12 , que expliquei todo o procedimento/tratamento ao Paciente acima identificado e/ou a seu Responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, referentes a sua recusa, tendo respondido às perguntas formuladas pelo(s) mesmo(s).

Declaro, ainda, que de acordo com o meu entendimento, o Paciente e/ou Responsável, está(ão) em condições de compreender(em) o que lhe foi informado.

Assinatura/CRM/Carimbo do Médico responsável