



**TERMO DE NEGATIVA DE CONSENTIMENTO DE  
SUBMISSÃO A TRATAMENTO MÉDICO**

Código	RQ 17
Revisão	03
Páginas	01

Elaboração: Diretor Clínico

Aprovação: Diretor Técnico

Emissão: 05/11/2014

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE OU DO RESPONSÁVEL LEGAL**

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

Doc. Identificação: \_\_\_\_\_

Eu acima identificado, na condição de paciente do GTTO Grupo de Tratamento Oncológico ou de responsável legal pelo paciente, estando no pleno gozo de minhas faculdades mentais, expesso, neste ato, minha vontade livre de não aceitar o tratamento proposto pelos médicos desta clínica, que consiste em:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Estes tratamentos me foram explicados de forma clara pelo Dr. \_\_\_\_\_, CRM \_\_\_\_\_, e não estou de acordo em me submeter a tais orientações médicas.

Fui informado que a não realização dos tratamentos, bem como o não recebimento dos medicamentos acima propostos, poderá ocasionar como desdobramento possível a progressão da doença.

Estou ciente ainda que, consoante disposição legal expressa do **Código de Ética Médica**, é **vedado ao médico**:

**Art.22** – Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Certifico que este termo me foi explicado e que o li, ou que foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

Porto Alegre, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017 às \_\_\_\_\_ horas e \_\_\_\_\_ minutos.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do paciente ou responsável**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Médico responsável**

**Testemunhas**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura**

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

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

RG: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_