

	TERMO DE NEGATIVA DE CONSENTIMENTO DE SUBMISSÃO A TRATAMENTO MÉDICO	Código	RQ 17
		Revisão	04
		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, expresso, 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 20____ às _____ horas e _____ minutos.

Assinatura do paciente ou responsável

Assinatura do Médico responsável

Testemunhas

Assinatura

Assinatura

Nome: _____

Nome: _____

RG: _____

RG: _____