



Av. Vicente Ferreira, 828 – CEP: 17515-900
Marília-SP CNPJ: 52.049.244/0001-62
Fone: (14) 3402-5555 / Fax: (14) 3402-5559
site: www.santacasamarilia.com.br

TRLE “TERMO DE RECUSA LIVRE E ESCLARECIDO”
Para procedimentos médicos de qualquer natureza nesta Instituição (Resolução
CFM nº 1931/2009 – Código de Ética Médica)

Fui devidamente informado(a), em linguagem clara e objetiva pelo(a) médico(a), sobre o tratamento/procedimento a que devo ser submetido: _____

Recebi todas as informações relativas à indicação, aos benefícios, aos riscos e as probabilidades de êxito do procedimento/tratamento acima mencionado;

Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas antes da assinatura deste documento.

Optei por não realizar o procedimento/tratamento acima mencionado, podendo a qualquer momento autorizar a realização do mesmo que ora recuso, desde que presentes as condições clínicas indicadas.

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/tratamento e, usando dos direitos a que a lei me garante, **não autorizo o procedimento/tratamento indicado**, assumindo pessoal e individualmente todas as consequências e responsabilidades da minha recusa

Marília, _____ de _____ de 20 ____.

Nome do Paciente: _____

Data de Nascimento: _____

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal (grau de parentesco):

Nome do Médico Responsável: _____

CRM: _____

Assinatura do Médico Responsável: _____