

Etiqueta de identificação do paciente	Preencher quando não houver etiqueta:
	Nome: _____ _____
	Data de Nascimento:    /    /      Prontuário: _____
	Convênio: _____

### Termo De Recusa Livre E Esclarecido Para Tratamento Medicamentoso

**CONSIDERANDO:**

**I** – A dignidade da pessoa humana como princípio fundamental da República Federativa do Brasil (art. 1º, III, da Constituição Federal) e sendo inviolável o direito à liberdade (art. 5º da Constituição Federal);

**II** – A capacidade civil, à autonomia de vontade e o abuso de direito previstos no Código Civil brasileiro;

**III** – As disposições sobre normas éticas para recusa terapêutica dispostas na Resolução nº 2.232/2019 do Conselho Federal de Medicina;

**IV** – As disposições sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes dispostas na Resolução nº 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina; e

**V** – O dever do fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou à segurança informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade (art. 9ª da Lei nº 8.078/90);

**VI** – As disposições do Código de Ética Médica, especialmente acerca dos deveres dos médicos previstos nos arts. 22, 24, 31 e 34, que compreendem: obter consentimento do paciente ou do seu representante legal, salvo em caso de risco iminente de morte; garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo; respeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte; e informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, neste caso, fazer a comunicação a seu representante legal; e

**VII** - A lucidez e a capacidade cognitiva do(a) paciente/representante legal que firma o presente termo.

Eu, \_\_\_\_\_,  
na qualidade de ( ) paciente ( ) responsável - grau de parentesco \_\_\_\_\_, data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, inscrito(a) \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ CPF nº \_\_\_\_\_,

**DECLARO** ter sido devidamente informado(a), em linguagem clara, objetiva e compreensível pela equipe médica do Hospital do Círculo, que:

**I** – Diante do atual quadro clínico, há indicação da utilização do(s) medicamento(s) com

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ cuja \_\_\_\_\_ posologia \_\_\_\_\_ é

\_\_\_\_\_;

**II** – Estou ciente dos possíveis efeitos colaterais e reações adversas do tratamento, tais como:

Etiqueta de identificação do paciente	Preencher quando não houver etiqueta:
	Nome: _____ _____
	Data de Nascimento:    /    /      Prontuário: _____
	Convênio: _____

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_;

**III** – Eu compreendo que benefícios do(s) medicamento (s) proposto(s) são, por exemplo:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_;

**IV** – Gozando dos direitos a que a lei me garante, **não autorizo a administração do medicamento(s) indicado(s)**, assumindo pessoal e individualmente todas as consequências e responsabilidade da minha recusa, apesar de ter sido esclarecido e alertado sobre possíveis os riscos e sequelas irreversíveis, decorrentes da não realização do tratamento, tais como:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_;

**V** – Fui alertado(a) e estou ciente que diante da presente recusa podem ser necessárias modificações do plano clínico inicial, da assistência clínica ou do procedimento, bem como podem decorrer, riscos de morte, piora clínica, complicações durante o tratamento e sequelas irreversíveis, tais como:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_;

**VI** – \_\_\_\_\_ Motivo da recusa:

\_\_\_\_\_;

**VII** – Diante das informações prestadas pela equipe de profissionais da saúde do Hospital do Círculo, por escrito e verbalmente, de forma clara e compreensível, as quais não deixaram dúvidas, ratifico, neste ato, a minha livre e inequívoca decisão **recusar** o(s) tratamento(s) acima identificado(s);

**VIII** – A presente recusa não impede que o Hospital do Círculo realize tratamentos e procedimentos futuros, assim como posso futuramente expressar de forma contrária à recusa aqui firmada; e

**IX** – Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas à realização ou não do(s) tratamento(s) medicamentoso(a) acima identificado(s) e ter tido tempo para reflexão após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura;

**X** – Compreendo as explicações que me foram prestadas, estando plenamente satisfeito(a) com as informações recebidas e reservo-me o direito de revogar, por escrito, este consentimento a qualquer tempo, desde que seja feito antes do início da realização do procedimento.

Caxias do Sul, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) paciente/responsável

Etiqueta de identificação do paciente	Preencher quando não houver etiqueta:
	Nome: _____ _____
	Data de Nascimento:    /    /      Prontuário: _____
	Convênio: _____

**Preenchimento médico:** Por tratar-se de ato médico, proposto por profissional que o executa, cumpre esclarecer que me inscrevo na responsabilidade de sua indicação.

Eu, Dr(a). \_\_\_\_\_  
 CRM \_\_\_\_\_                      **DECLARO**                      que                      expliquei                      ao  
 Sr(a). \_\_\_\_\_, de forma clara e objetiva, toda  
 a indicação do(s) medicamento(s) referido(s), conforme a melhor e atual literatura médica, bem como  
 sobre os benefícios, riscos mais frequentes e inexistência de alternativas, tendo respondido às  
 perguntas formuladas. De acordo com o meu entendimento, o(a) paciente e/ou seu(sua) responsável  
 firmatário(a), está lúcido(a), orientado(a) e tem condições de compreender o que lhes foi informado.

Caxias do Sul, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
 Assinatura, carimbo do(a) médico(a) e CRM

**Testemunhas:**

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