



DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO ESTADUAL
DIVISÃO DE REGULAÇÃO HOSPITALAR

INFORME CRH/RS Nº 19/2021 – APENDICE

TERMO DE CONSENTIMENTO E ACEITE DE TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR PARA REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

UNIDADE SOLICITANTE _____

NOME DO PACIENTE _____

CPF DO PACIENTE _____

_____ (Nome do responsável), CPF nº _____,
declaro, para os devidos fins, que sou responsável pelo paciente supracitado e que fui previamente informado do seu estado de saúde, diagnóstico provável e evolução provável da doença.

Declaro, igualmente, ter sido informado, de forma clara, sobre a falta de condições de tratamento nessa unidade e a necessidade de internação/transferência hospitalar. Assim sendo, concordo com a transferência para hospital indicado pela Central Estadual de Regulação Hospitalar, registrado no sistema GERINT, aguardando disponibilidade de leito.

Declaro que quando finalizado o tratamento principal no hospital de maior complexidade, aceito o retorno ao hospital de origem ou outra unidade hospitalar da região de residência, indicada pela Central Estadual de Regulação Hospitalar, para a continuidade do tratamento.

_____, ____ de _____ de 20____,

Assinatura do Paciente / Responsável pelo Paciente

Assinatura/carimbo do médico responsável

OBS: Este documento será exigido para cadastro no sistema GERINT e deve ser obrigatoriamente anexado no momento da solicitação do leito, conforme CIB/RS n. 241/2021.



DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO ESTADUAL
DIVISÃO DE REGULAÇÃO HOSPITALAR

INFORME CRH/RS Nº 03/2025 – APENDICE

TERMO DE CONSENTIMENTO E ACEITE DE CONTRARREFERÊNCIA

UNIDADE SOLICITANTE _____

NOME DO PACIENTE _____

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO NO GERINT: _____

(Nome do Médico assistente) e
(Nome do Diretor Técnico) declaro, para os devidos fins,
que concordo com a transferência do paciente supracitado para hospital indicado pela Central Estadual de
Regulação Hospitalar, registrado no sistema GERINT, aguardando disponibilidade de leito.

Declaro que quando finalizado o tratamento principal no hospital de maior complexidade, aceito o retorno do
paciente ao hospital de origem, para a continuidade do tratamento, mediante disponibilidade de leito e
regulação via GERINT em até 48h.

_____, ____ de _____ de 20____,

Assinatura/carimbo do Médico Assistente

Assinatura/carimbo do Diretor Técnico

OBS: Este documento será exigido para cadastro no sistema GERINT e deve ser obrigatoriamente anexado no momento da solicitação do leito, conforme CIB/RS n. 241/2021.