

## TERMO DE RECUSA DE TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE PARA OUTRO SERVIÇO

Eu, \_\_\_\_\_,  
CPF \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, na  
qualidade de ( ) Paciente ( ) Responsável e representante legal (grau de  
parentesco: \_\_\_\_\_) venho de livre e espontânea vontade e em  
pleno gozo de condições mentais, **RECUSAR** a transferência para outro serviço do  
paciente \_\_\_\_\_ que encontra-se  
internado no Hospital Dom Malan (HDM), localizado na cidade de Petrolina-PE.

Declaro ainda ter sido esclarecido e alertado sobre os riscos de morte e/ou eventuais  
sequelas irreversíveis a que estarei sujeito pela não realização da transferência e  
usando dos direitos a que a lei me garante, **NÃO AUTORIZO**, assumindo pessoalmente  
e individualmente todas as consequências e responsabilidades da minha recusa.

A recusa da transferência significa que o HDM não realizará a transferência e/ou  
realizará a inclusão da solicitação do paciente na Central de Regulação Interestadual  
de Leitos (CRIL) com objetivo de realizar busca de vaga para transferência em outra  
unidade hospitalar da rede pública (SUS) de referência interestadual, nos Estados de  
Pernambuco e/ou Bahia.

Petrolina, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_: \_\_\_\_

---

**Paciente e/ou Responsável legal**

Obs.: Em caso de impossibilidade técnica do responsável pelo paciente em  
ler/interpretar este termo, deverá o serviço social ler em voz alta na presença de duas  
testemunhas e em seguida, a recusa será fornecida com a colocação do polegar pelo  
responsável.

**Testemunhas:**

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

CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

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

CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_