|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Logotipo, nome da empresa  Descrição gerada automaticamente | FORMULÁRIO |  |
| **TERMO DE DESISTÊNCIA OU RECUSA DE**  **REALIZAÇÃO DE EXAME** |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE** |
| **NOME:** |
| **DATA DE NASCIMENTO:** |
| **CPF OU RG:** |
| **NOME DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE:** |
| **CPF OU RG:** |
| **DETALHAR O NOME DO EXAME, QUE É “*OBJETO DA DESISTÊNCIA OU RECUSA*”:** |
| **DETALHAR O MOTIVO DA DESISTÊNCIA OU RECUSA:** |

O PACIENTE ou o RESPONSÁVEL acima identificado DECLARA que **não autorizou a realização do ato acima identificado como *“Objeto da Desistência ou Recusa”***, ciente das implicações que podem ocorrer a partir da sua decisão, em especial, o risco de piora do seu estado de saúde ou de prejudicar o diagnóstico e o tratamento de sua patologia, bem como outros riscos que podem surgir disso.

Declaro que estou ciente que a presente decisão é adotada de livre e espontânea vontade, podendo ser modificada posteriormente, sem que isso interfira em atendimento futuro do paciente.

DATA: \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assinatura do(a) Paciente Assinatura do Responsável pelo(a) Paciente**

Quando a paciente for menor de idade, ou que tenha responsável legal, ou não possa assinar este documento