

## TERMO DE RECUSA PARA REALIZAÇÃO DE MEDICAMENTO

Paciente: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento:    /    /                      CPF: \_\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Representante Legal (se aplicável): \_\_\_\_\_

Relação com o Paciente: \_\_\_\_\_

CPF do Representante: \_\_\_\_\_

*Aplicável caso paciente não possua capacidade civil plena.*

Declaro que fui devidamente informado(a) pela equipe multiprofissional desta instituição acerca da indicação, finalidade, benefícios esperados e possíveis riscos relacionados ao uso do medicamento abaixo identificado:

**Nome do medicamento:** \_\_\_\_\_

Declaro, ainda, que compreendi as orientações prestadas e tive a oportunidade de esclarecer dúvidas, sendo-me informado(a) de que a recusa ao uso do medicamento poderá acarretar agravamento do quadro clínico, atraso na recuperação ou outras intercorrências clínicas.

Mesmo ciente de tais informações, opto de forma livre e consciente por **RECUSAR** o uso do medicamento, assumindo integral responsabilidade pelos riscos, complicações ou consequências decorrentes desta decisão, isentando a equipe assistencial e a instituição de responsabilidades relacionadas a esta recusa.

Guanhães/MG, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente/Responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico