

TERMO DE ALTA A PEDIDO DO PACIENTE CONTRA INDICAÇÃO MÉDICA

DADOS DO(A) PACIENTE

Nome: _____

Idade: _____

Identidade: _____ **CPF:** _____

Se o(a) paciente for menor ou incapaz: acionar o Conselho Tutelar, o Juízo da Infância e da Juventude ou o Ministério Público Estadual subsidiariamente.

Eu, _____, nacionalidade _____, estado civil _____, inscrito no CPF sob o nº _____, portador da cédula de identidade RG nº _____, residente e domiciliado _____, cidade _____, estado _____, **na qualidade de: () paciente / () responsável e representante legal** (grau de parentesco: _____), **expressamente declaro** que, **sob minha integral responsabilidade**, estou retirando-me ou retirando o paciente dependente das instalações do hospital/clínica _____, **apesar de entender não possuir condições clínicas de alta hospitalar e de ter sido alertado sobre os riscos decorrentes da interrupção/abandono do tratamento médico-hospitalar¹.**

I - DISPOSIÇÕES GERAIS

Declaro que fui devidamente cientificado(a), pelo(a) médico(a) responsável por meu tratamento, quanto aos riscos que a presente alta à revelia pode ocasionar à minha saúde e/ou vida ou à saúde e/ou vida do(a) paciente².

¹ O exercício, por parte do paciente, deste seu direito, a partir do momento em que deixar o hospital, **isenta o médico e a Instituição** da responsabilidade por quaisquer consequências adversas à saúde diretamente relacionadas a esta alta.

² Cabe ao **médico**, com o apoio da equipe multiprofissional, explicar em linguagem acessível ao **doente**, o diagnóstico, suas condições clínicas, possibilidades terapêuticas e as consequências da interrupção da assistência médica, especificando possíveis riscos e danos.



Estou ciente que a alta a pedido do paciente e à revelia do médico não se constitui em impeditivo para o paciente voltar a recorrer à instituição de saúde (médico/clínica/hospital).

II. REGISTRO DO MÉDICO.

Esclarecimentos prestados ao paciente pelo médico:

Tendo sido o paciente ou seu representante legal devidamente esclarecido e não apresentando risco de morte iminente, o médico fica desobrigado de dar continuidade ao tratamento, bem como de emitir receita. Além disso, “o(a) médico(a) não poderá ser responsabilizado por eventuais danos ocorridos com o estado geral de saúde do paciente na alta a pedido sem iminente risco de vida”³.

III. DECLARAÇÃO DO PACIENTE:

Declaro que fui devidamente informado e esclarecido, quanto à situação de minha saúde, conforme acima registrado e decido deixar de ser assistido neste hospital, em razão de:

O(A) ora declarante **assume exclusiva e integral responsabilidade por todos e quaisquer danos**, quanto sua retirada ou a retirada do paciente das dependências hospitalares ou da clínica, eximindo, por conseguinte, o hospital, a clínica e/ou o médico responsável pelo tratamento de **quaisquer consequências advindas da sua alta CONTRA INDICAÇÃO MÉDICA.**

Por ser verdade, firma a presente para a produção de todos os efeitos legais.

Natal/RN, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) paciente ou do(a) responsável legal

³ Parecer CRM/MS 11/97

_____ CRM: _____

Assinatura do(a) Médico(a)-Assistente

Testemunhas: **1.** _____ RG: _____

2. _____ RG: _____

