

**TERMO DE REVOGAÇÃO E NEGAÇÃO DE  
TRATAMENTO MÉDICO INDICADO**  
**(preenchimento apenas em casos de desistência do paciente)**

NOME:	
CÉDULA DE IDENTIDADE:	CPF:
ENDEREÇO:	
ESTADO CIVIL:	DATA DE NASCIMENTO:

Declaro por livre e espontânea vontade, de forma voluntária, que é possível, a qualquer momento, antes da realização do procedimento médico, revogar o meu consentimento, de maneira que pelo presente **REVOGO o consentimento prestado anteriormente para a realização do procedimento abaixo denominado, e afirmo que não desejo prosseguir com o tratamento que me foi proposto pelo profissional médico.** Assim, dou-o como finalizado nesta data, oportunidade em que me foram plenamente esclarecidos todos os riscos e agravantes decorrentes de minha decisão, **E ainda, pelo presente, ISENTO de qualquer responsabilidade o médico, a clínica e toda a sua equipe caso haja agravamento da minha condição de saúde em razão da minha opção, por livre e espontânea vontade de não realizar o procedimento médico que me foi indicado.**

<b>PROCEDIMENTO RECUSADO:</b>

Florianópolis, \_\_\_\_\_ (dia), \_\_\_\_\_ (mês) de \_\_\_\_\_ (ano).

\_\_\_\_\_  
 Nome do paciente ou responsável:

RG:

CPF:

<b>DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL:</b>	
NOME:	
ENDEREÇO:	
ESTADO CIVIL:	DATA DE NASCIMENTO:
GRAU DE PARENTESCO COM O (A) PACIENTE:	

\_\_\_\_\_  
 Nome do Médico

CRM/SC n.

TESTEMUNHAS

\_\_\_\_\_  
 Nome

RG:

CPF:

\_\_\_\_\_  
 Nome

RG:

CPF: