



Preencher quando não houver etiqueta

Paciente:

Data:

Registro:

## Termo de Alta a Pedido do Paciente

**1. Considerando** - Ser direito de recusar o atendimento ou procedimentos propostos para meu tratamento de deixar as dependências do hospital, mesmo sabendo das possíveis consequências e riscos de tal atitude.

**2. Considerando** - que **alta a pedido** não constitui ato que tenha sido indicado ou praticado pela equipe médica, mas sim um ato livre e soberano da autonomia do paciente, atendido o disposto no Termo de Responsabilidade.

**3. Considerando** – Que 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.

**4. Considerando** – Que mesmo tendo o **médico**, com o apoio da equipe multiprofissional, explicado 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.

**5. Considerando** – Que a alta a pedido desobriga o Médico de dar continuidade ao tratamento, bem como de emitir receita, solicitação de exames e encaminhamento para outro estabelecimento.

**Ainda assim solicito a interrupção do meu tratamento sendo essa atitude uma livre expressão de minha vontade.**

Declaro que fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) quanto à situação da minha saúde e decido deixar de ser assistido neste hospital, em razão de:

---

---

---

Paciente       Responsável

Nome legível \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Identidade: \_\_\_\_\_

Local e data: \_\_\_\_\_

### ***Deve ser preenchido pelo Médico***

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito (e/ou ao seu responsável), explicando sobre os riscos e alternativas, e respondendo às perguntas realizadas. De acordo com meu entendimento, o paciente (e/ou ao seu responsável), está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome e assinatura do Médico: \_\_\_\_\_ CRM n.º: \_\_\_\_\_