

**TERMO DE CONSENTIMENTO DE ALTA POR DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO**

Unidade UPA: \_\_\_\_\_

**TERMO DE CONSENTIMENTO DE ALTA POR DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO**

Eu, \_\_\_\_\_, nacionalidade \_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_, endereço, \_\_\_\_\_, na cidade de, \_\_\_\_\_, portador da identidade \_\_\_\_\_, declaro para todos os fins que:

Sob sua total responsabilidade está se retirando desta Unidade de Saúde UPA de \_\_\_\_\_, apesar deste (a) não possuir condições clínicas de alta hospitalar, sendo o declarante devidamente orientado pelo médico responsável por seu tratamento quanto aos riscos que a presente alta à revelia pode ocasionar à saúde e/ou vida do paciente. O ora declarante assume exclusiva e integral responsabilidade por todos e quaisquer danos quanto a sua evasão das dependências desta Unidade de Saúde, eximindo, por conseguinte o médico responsável pelo seu tratamento de quaisquer consequências advindas da alta à revelia.

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

Médico que realizou a orientação (assinatura e carimbo): \_\_\_\_\_

Paciente/Responsável: \_\_\_\_\_