

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE  
E ESCLARECIDO DE ALTA POR  
DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO**

**ETIQUETA DO PACIENTE**

Nome:

Prontuário:

Atendimento:

Data de nascimento:

UNIDADE:

NOME DO PACIENTE:

CPF:

BAE/PRONTUÁRIO:

SETOR:

LEITO:

Declaro que:

Fui devidamente informado e orientado quanto ao meu estado de saúde atual, ciente de que não apresento condições clínicas adequadas para alta médica no presente momento. Ainda assim, decido, por vontade própria, deixar esta Unidade de Pronto Atendimento (UPA), assumindo integral e exclusivamente a responsabilidade por essa decisão.

Estou ciente de que esta saída ocorre contra a orientação médica, e que tal decisão pode implicar riscos significativos à minha saúde e/ou à minha vida, conforme me foi esclarecido pelo profissional médico responsável pelo meu atendimento.

**PACIENTE/RESPONSÁVEL**

Confirmo que tive a oportunidade de fazer perguntas, recebi explicações suficientes, li, compreendo e concordo com tudo o que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade questionar qualquer item, parágrafo ou palavras.

DATA:

ASSINATURA:

**TESTEMUNHA**

NOME:

DATA:

ASSINATURA

**PREENCHIMENTO DO MÉDICO RESPONSÁVEL**

Declaro, na qualidade de médico responsável, que prestei todas as informações necessárias ao paciente e/ou seu responsável legal ou familiar, de forma clara e compreensível, a respeito do seu estado clínico, bem como sobre os objetivos, benefícios, riscos e eventuais alternativas ao tratamento proposto. Esclareci também as possíveis consequências da interrupção do tratamento e da alta por decisão própria. Acredito que o paciente e/ou responsável compreendeu plenamente as orientações fornecidas.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL E CARIMBO