TERMO DE RESPONSABILIDADE

DESISTÊNCIA DE TRATAMENTO

Eu_____,
portador do registro geral(RG)_____ declaro para devidos fins que me responsabilizo em desistir do tratamento proposto pelo medico plantonista da UPA - Unidade de Pronto Atendimento Adolpho Pereira de Rezende, e assumo total comprometimento e ciência das conseqüências que isso possa acarretar.

Os motivos de tal ação se justificam por:

_____
_____
_____
_____

Na desistência de cumprir meu tratamento/atendimento, meu familiar/responsável_____ ,portador de registro geral (RG)_____ está também ciente do meu abandono do tratamento pelos motivos supracitados.

_____
ASSINATURA DO PACIENTE

_____
ASSINATURA DO FAMILIAR /RESPONSÁVEL

Carmo do Paranaíba,_____ de _____ de 20____.