



Fundação Municipal de Assistência à Saúde - FUMASA
HOSPITAL SÃO GERALDO

TERMO DE RESPONSABILIDADE DO DESLIGAMENTO HOSPITALAR

Eu, _____, inscrito no CPF _____, manifesto expressamente meu desejo de retirar-me voluntariamente das instalações do Hospital São Geraldo - FUMASA, porque não desejo mais continuar o tratamento médico preconizado para meu caso, oferecido pela equipe médica do Hospital São Geraldo - FUMASA.

Declaro ter ciência do meu quadro clínico, da hipótese diagnóstica e do tratamento médico preconizado para meu caso.

Declaro ter ciência dos possíveis riscos e prejuízos que o abandono/desistência do tratamento médico poderá ocasionar para a minha saúde.

Diante do exposto, declaro estar de pleno acordo com o que consta nesse documento e ciente de que o abandono/desistência do tratamento médico preconizado se dá contra expressa orientação da equipe médica do meu caso.

Certifico que..este documento me foi explicado, que o li ou que foi lido para mim, tendo entendido o seu conteúdo.

Assinatura do paciente ou responsável

São João da Ponte - MG, ____ de _____ de _____