



**TERMO DE ISENSÃO DE RESPONSABILIDADE
TESTEMUNHA DE JEOVÁ**



Dados do paciente - preencher quando não houver etiqueta

Nome Social: _____

Nome: _____

Data de Nasc.: ____/____/____ Atendimento: _____

No caso de pacientes menores de idade, incapacitado do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico vier a ficar incapacitado.

Identificação do Responsável:

Nome: _____ Data de nascimento: ____/____/____

CPF: _____ Grau de parentesco: _____

Por meio do presente instrumento, notifico toda a Equipe Médica e Hospitalar (inclusive a de Enfermagem) que, por motivos de ordem religiosa, **NÃO ACEITO** que me submetam a transfusão de sangue, que eventualmente poderá ser necessária a meu tratamento.

Aceito expansores de volume de plasma, tais como exemplificativamente, Dextran, solução salina ou de ringer e amido horoxietil, e outras formas alternativas de tratamento. Inobstante, na hipótese de eu não reunir condições de externar minha opinião quando estiver internado(a) nas dependências do Hospital São Paulo, neste ato outorgo a meu responsável legal poderes para decidir acerca de eventual transfusão quando houver risco de morte.

Em razão do teor da presente, isento totalmente os médicos, a direção clínica, a administração hospitalar e os profissionais de saúde de quaisquer danos que possam resultar do cumprimento deste Termo de Isenção de Responsabilidade.

Araraquara, _____ de _____ de 20_____.

Assinatura do paciente ou Responsável Legal

Data: ____/____/____ Hora: ____:____ h