



**Termo de Consentimento Informado**  
**Remoção e Transferência**



Eu, \_\_\_\_\_, maior de idade, portador do CPF \_\_\_\_\_ abaixo assino, ciente dos riscos e das condições de transporte do paciente, através desse termo, autoriza remoção e transferência para recurso credenciado, \_\_\_\_\_, conforme indicação médica a realizar-se em minha pessoa ou na pessoa pela qual sou responsável \_\_\_\_\_ declaro estar de acordo com as normas estabelecidas pelo Hospital São Paulo - Unimed Araraquara:

1. O direito do paciente de ter 1 (um) acompanhante durante o trajeto da ambulância não retira do médico responsável pelo transporte, a seu exclusivo critério, a avaliação técnica de viabilidade desse acompanhamento antes da realização do mesmo.
2. Na impossibilidade de acompanhamento do paciente em ambulância, conforme critérios técnicos do médico, o responsável deverá providenciar meios próprios para chegar ao recuso credenciado de destino, sendo imprescindível sua presença para oficializar a internação do paciente conforme critérios da instituição.

Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES do transporte, expresso que:

( ) **AUTORIZO** a realização.

( ) **NÃO AUTORIZO** a realização, estando ciente dos riscos decorrentes desta decisão.

Araraquara, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Hora da aplicação do termo: \_\_\_\_\_h \_\_\_\_\_min

\_\_\_\_\_  
Assinatura paciente  
RG \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura responsável pelo paciente  
RG \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura médico  
CRM \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_