



| Dados do paciente - preencher quando não houver etiqueta | |
|--|-----------------------------------|
| Nome Social: | _____ |
| Nome: | _____ |
| Data de Nasc.: | ____/____/____ Atendimento: _____ |

Identificação do Responsável:

Nome: _____,
Data de nascimento: ____/____/____ RG: _____ UF: _____,
CPF: _____ Grau de Parentesco: _____.

Eu, acima identificado, na condição de paciente ou de responsável legal, estando no pleno gozo de minhas faculdades metais, declaro para fins legais que estou ciente dos riscos de transporte aéreo do paciente, descritos na declaração médica do (a) Doutor(a) _____, CRM _____, datada de _____, cuja cópia me foi entregue neste ato, através deste termo, **AUTORIZO** a remoção e transferência para recurso credenciado _____, conforme indicação médica, a realizar-se em minha pessoa ou na pessoa pela qual sou responsável; _____ e 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 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, conforme critérios técnicos do médico, o responsável deverá providenciar meios próprios para chegar ao recurso 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:

- () **AUTORIZA** a realização.
() **NÃO AUTORIZA** 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 _____