



Consentimento Informado
Remoção / Transferência



Eu, _____ maior de idade, portador do CPF Nº _____, abaixo assinado, ciente dos riscos e das condições de transporte do paciente, 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 (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 recurso credenciado de destino, sendo imprescindível sua presença para oficializar a internação do paciente conforme critérios da instituição.

Araraquara (São Paulo) _____ de _____ de _____.

_____	_____	_____
Assinatura do paciente	Assinatura do resp. pelo paciente	Assinatura do médico
RG _____	RG _____	CRM: _____
Nome _____	Nome _____	Nome _____