

**DECLARAÇÃO DO PACIENTE**

Eu, paciente, \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, por meio deste Termo de Isenção de Responsabilidade, desejo notificar toda a Equipe Médica e Hospitalar (incluindo a de Enfermagem) que aceito expansores do volume do plasma, tais como dextran, solução salina ou de Ringer, hetastarch (hidroxietila de amido), e outras formas de tratamento médico alternativo.

Não aceito nenhuma transfusão de sangue ou de constituintes do sangue (total, glóbulos vermelhos, glóbulos brancos, plaquetas ou plasma sanguíneo), que poderiam ser usados em meu tratamento. Não desejo sofrer os possíveis efeitos prejudiciais e letais da transfusão e sangue.

Compreendo que os médicos que cuidarem de mim, talvez achem que as transfusões de sangue ou de seus constituintes, são necessárias para minha saúde. Não compartilho a opinião deles, mas atendo-me às diretrizes apresentadas neste Termo de Isenção de Responsabilidade. Este assunto foi cuidadosamente considerado por mim e minhas diretrizes não serão alteradas, mesmo que eu esteja inconsciente.

**Assim, isento totalmente os médicos, a administração do hospital e as equipes hospitalares de quaisquer danos que possam resultar do cumprimento deste Termo de Isenção de Responsabilidade.**

Este Termo é de caráter obrigatório para meus parentes, herdeiros, testamenteiros e sub-rogados. Assino este documento de diretrizes médico-jurídicas como Testemunha de Jeová.

Belo Horizonte \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura

**TESTEMUNHAS****1ª Testemunha**

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

**2ª Testemunha**

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_