



ANEXO IV

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO REMOÇÃO EM AMBULÂNCIA

Eu _____ maior de idade, portador do CPF Nº _____, abaixo assino, ciente dos riscos e das condições de transporte do paciente, através deste termo, autorizo a remoção e transferência para: _____ 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 de origem _____.

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 local de destino, sendo imprescindível sua presença para oficializar a internação do paciente conforme critérios da instituição de destino.

Cidade _____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do paciente: _____ RG _____

Assinatura do resp. pelo paciente: _____ RG _____

Assinatura e carimbo/CRM do médico assistente: _____