

---

ANEXO II

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o senhor \_\_\_\_\_, após ter sido devidamente informado acerca da indicação médica de remoção do paciente \_\_\_\_\_ para internação hospitalar no município de \_\_\_\_\_ e dos riscos envolvidos na não realização da transferência neste momento, **optou por não autorizar a referida remoção e por não assinar o termo de recusa.**

Joinville, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do médico assistente

\_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha 1  
CPF: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha 2  
CPF: \_\_\_\_\_