
ANEXO I

TERMO DE RECUSA

Eu, _____, inscrito no CPF sob o número _____, declaro para os devidos fins que, 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, optei por **não autorizar** a referida remoção.

Joinville, ___/___/___.

Assinatura do paciente ou de seu responsável legal

CPF: _____