

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE PARA OUTRA UNIDADE HOSPITALAR

A responsável pelo paciente _____, abaixo qualificada, pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, **AUTORIZA** a transferência e remoção do paciente _____ da **UTI NEONATAL DO CEPLIN – INSTITUTO DE NEONATOLOGIA E PEDIATRIA**, para o **Hospital de Referencia** _____, objetivando a realização, nesta última instituição médico-hospitalar, / com necessidade que não é realizado no presente nosocômio (CEPLIN), e que será procedido em benefício do paciente.

A responsável pelo paciente, abaixo qualificada, declara, ainda, que não acompanhará o paciente durante a remoção / transferência.

Declara ter recebido claramente todas as explicações e informações necessárias quanto aos riscos, benefícios e alternativas do tratamento médico-hospitalar que será realizado na unidade para a qual o paciente será transferido.

E, para que surtam seus devidos e legais efeitos, firma o responsável pelo paciente o presente termo.

Campos dos Goytacazes _____ de _____ de _____.

Ass. Paciente e/ou Responsável

Nome: _____

RG/CPF: _____

Ass. Medico Assistente

Nome: _____

CRM: _____ UF: _____