



**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: \_\_\_\_\_