



FORMULÁRIO – Agência Transfusional

**COMPROVANTE DE RECUSA DA FAMÍLIA PARA TRANSFUSÃO EM  
PACIENTE TESTEMUNHA DE JEOVÁ**

Código: F.HABF.108

Versão: 00

Elaboração: 21/12/2022

**DADOS DO PACIENTE**

Nome:			
Data de Nascimento:		Prontuário:	
Leito:			
Unidade de internação:			

EU \_\_\_\_\_,

RG \_\_\_\_\_, na condição de \_\_\_\_\_ do paciente,

ESTOU CIENTE QUE MEU PARENTE CORRE RISCO DE MORTE CASO NÃO RECEBA  
TRANSFUSÃO, mesmo assim, **NÃO AUTORIZO** através desta a transfusão de NENHUM  
HEMOCOMPONENTE.

Vila Velha - ES, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do parente do paciente acima