



FORMULÁRIO – Agência Transfusional

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

Código: F.HABF.109

Versão: 00

Elaboração: 21/12/2022

**DADOS DO PACIENTE**

Nome:

Data de Nascimento:

Prontuário:

Leito:

Unidade de internação:

EU \_\_\_\_\_,  
RG \_\_\_\_\_, ESTOU CIENTE QUE CORRO RISCO DE MORTE CASO NÃO  
RECEBO TRANSFUSÃO, mesmo assim, **NÃO AUTORIZO** através desta a transfusão de  
NENHUM HEMOCOMPONENTE.

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

Assinatura do paciente acima