

Por meio do presente eu, \_\_\_\_\_,  
CPF \_\_\_\_\_, **DECLARO** ter sido orientada quanto ao direito de ser acompanhada na  
realização do meu exame/procedimento, ou ainda, de solicitar a designação de pessoa pelo hospital, nos  
termos da Lei nº 14.737/2023, tendo optado em **RENUNCIAR** o acompanhamento.

” *Art. 19-J. Em consultas, exames e procedimentos realizados em unidades de saúde públicas ou privadas, toda mulher tem o direito de fazer-se acompanhar por pessoa maior de idade, durante todo o período do atendimento, independentemente de notificação prévia.*

...

*§ 2º-A Em caso de atendimento com sedação, a eventual renúncia da paciente ao direito previsto neste artigo deverá ser feita por escrito, após o esclarecimento dos seus direitos, com no mínimo 24 (vinte e quatro) horas de antecedência, assinada por ela e arquivada em seu prontuário.*

**Este termo deverá ser encaminhado por e-mail ao Hospital com no mínimo 24 horas de antecedência ao horário agendado, no endereço eletrônico [acompanhamento.mulher@santacasa.org.br](mailto:acompanhamento.mulher@santacasa.org.br)**

Porto Alegre, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Paciente