



CNPJ/MF: 32.582.996/0002-68
CNPJ/MF: 32.582.996/0001-87
www.amigosdoresgate.com.br
(77) 3451-2479

INTERNACÃO VOLUNTÁRIA
DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA

Eu _____, portador do RG/CPF nº _____, casado/solteiro, _____ anos, declaro para os fins que se fizerem necessários que estou de pleno acordo com a minha internação na modalidade de “**Internação Voluntária**” conforme disposto na Lei 10.216/2001 e demais dispositivos legais que regulam a internação para tratamento de dependência química. Estou ciente de que o meu tratamento seguirá todas as regras e regulamentos da Clínica Terapêutica Amigos do Resgate me comprometendo a aderir ao plano terapêutico da instituição e seguir corretamente todas as instruções recebidas para o sucesso do meu tratamento.

Tenho plena ciência de que uma vez iniciado o tratamento ora solicitado por mim, poderei sair ou pedir alta da instituição a qualquer momento me submetendo a avaliação médica do psiquiatra da clinica para definir se tenho ou não condições de interromper o meu tratamento.

Estou ciente de que se entendendo contrario ao meu pedido, o médico psiquiatra da clinica poderá negar a minha alta e inclusive transferir a minha internação para a modalidade de “Internação Involuntária” somente nos casos onde a minha alta colocar em risco eminente a minha pessoa, a terceiros ou eu estiver em risco de recaída para uso de álcool e/ou outras drogas após ser avaliado por ele.

Declaro que li e concordo com todos os termos desta declaração, declaro ainda que o representante da clínica leu em bom tom e esclareceu as minhas duvidas a respeito deste documento.

Por ser expressão da verdade, assino a presente declaração na presença do meu familiar e dos demais profissionais que assinam abaixo.

Guanambi-BA, _____ de _____ de _____

Nome:

Solicitante de Internação Voluntaria

Nome:

Familiar acompanhante do solicitante

Profissionais Responsáveis: