

- Este documento tem por finalidade esclarecer e ajudar o paciente ou seu responsável na decisão de submeter-se ou não, ao tratamento/procedimento ora referenciado, bem como cumprir o disposto no artigo 22 e 34 do Código de Ética Médica e artigos 6º, inciso III, 9º e 39 da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor). Portanto, leia com atenção e somente assine o presente termo de consentimento e autorização se estiver seguro que compreendeu e esclareceu todas as suas dúvidas relativas ao mesmo.

Eu _____, residente à _____ documento de identidade nº: _____ e/ou CPF: _____, nascido em ____/____/____, com ____ anos de idade na presente data, estando em pleno gozo de minhas faculdades mentais, declaro para os devidos fins que fui previamente informado pelo (a) médico (a), Dr. (a) _____, CRMMG _____, do meu estado de saúde, diagnóstico e evolução provável de minha doença.

Declaro, igualmente, ter sido informado das opções de tratamento(s)/procedimento(s) o(s) qual(is), a qualquer tempo poderei optar em me submeter, sendo que neste momento opto pelo(a) _____ após ter sido informado de forma clara sobre a finalidade, os benefícios e os riscos do referido tratamento/procedimento, bem como os efeitos colaterais, os riscos, as intercorrências e anormalidades que poderão advir do mesmo.

Declaro, ainda, estar ciente de que o tratamento/procedimento a ser adotado não implica necessariamente na cura ou resultado de recuperação total ou parcial, e que a evolução da doença e do tratamento/procedimento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a) desde já a tomar providências necessárias para tentar solucionar os problemas surgidos, seguindo seu julgamento, bem como uso de hemocomponentes e/ou hemoderivados e transporte inter-hospitalar se houver necessidade.

Assim sendo, concordo em me submeter ao referido tratamento/procedimento e, para tanto, assino o presente documento em 02 (duas) vias na presença de testemunhas. No caso de no futuro tornar-me incapaz de tomar decisões sobre minha saúde, indico como meu representante o senhor(a) _____, identidade nº _____ e/ou CPF.: _____, Tel.: () _____.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 20 _____.

Assinatura paciente/responsável

Nome legível _____
Documento Identidade: _____

Assinatura testemunha

Nome legível _____
Documento Identidade: _____

Assinatura do médico responsável