

# TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO DO PACIENTE

Etiqueta do Paciente

Nome do Médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

## Identificação do Paciente:

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

## Identificação do Responsável: (No caso de paciente menor de idade, incapacitado do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado).

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Unidade de Saúde onde se realiza o procedimento: \_\_\_\_\_

Considerando o artigo 59 do Código de Ética Médica e os artigos 6º III e 39º VI da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), que garantem ao paciente informações sobre seu estado de saúde, eu, acima identificado, estando em pleno gozo de minhas faculdades mentais, declaro para os devidos fins que fui previamente informado pelo(a) médico(a) acima supracitado sobre o meu estado de saúde, diagnóstico e evolução provável de minha doença.

Declaro, igualmente, ter sido informado de forma clara sobre a finalidade, os benefícios e os riscos do tratamento a que serei submetido, \_\_\_\_\_, bem como os possíveis efeitos colaterais e outras intercorrências e anormalidades que poderão advir do referido tratamento.

Declaro, ainda, estar ciente de que o tratamento a ser adotado não implica necessariamente na cura e, assim se a evolução do quadro de saúde representar riscos à vida do paciente, estou ciente de que serão adotados os procedimentos médicos e hospitalares recomendáveis e necessários, ficando os mesmos desde já autorizados.

Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário, para o esclarecimento de diagnóstico ou tratamento.

Certifico que li este termo, ou que foi explicado pra mim, tendo sido explicado pelo meu médico assistente e sua equipe, inclusive quanto à possibilidade de sua revogação. Pleno deste entendimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, às \_\_\_\_\_ horas e \_\_\_\_\_ minutos.

(Local)

Revogação deste consentimento: \_\_\_\_\_, às \_\_\_\_\_ horas e \_\_\_\_\_ minutos. (Local)

Assinatura do paciente/responsável

Assinatura da testemunha