

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Este documento trata da autorização voluntária do paciente ou seu representante legal, pela tomada de decisão, após diálogo com o médico, por meio do qual, ambas as partes trocam perguntas e informações culminando com o acordo expresso do paciente na aceitação de um tratamento específico consciente dos riscos, benefícios e possíveis consequências.

Pelo presente instrumento, que considera o artigo 59 do Código de Ética médica e os artigos 6º III e 39 VI da Lei 8.078/90 do Código de Defesa do Consumidor), declaro que fui suficientemente esclarecido (a) pelo (a) médico (a) _____ quanto aos procedimentos a que vou me

submeter, ou a que vai ser submetido _____, (nome do médico) **Data de**
(Nome do paciente)
Nascimento ____/____/____ do qual sou responsável legal, bem como do diagnóstico, prognóstico, riscos e objetivos do tratamento.

Declaro também que fui informado (a) de forma clara de todos os cuidados e orientações que devo seguir a fim de alcançar o melhor resultado. Estou ciente que o tratamento não se limita à internação, sendo que deverei retornar ao consultório/hospital nos dias determinados pelo médico, bem como informá-lo imediatamente sobre possíveis alterações / problemas que porventura possam surgir. Fico ciente também que o tratamento adotado não implica necessariamente em cura e que a evolução da doença e do tratamento a ser adotado podem obrigar o (a) médico (a) a modificar condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o (a) mesmo (a) autorizado desde já a tomar providências necessárias para tentar solucionar os problemas surgidos, seguindo seu julgamento, **utilizando-se de todos os recursos terapêuticos reconhecidos e disponíveis. Podendo inclusive utilizar-se de hemotransfusão.** Pelo presente manifesto expressamente minha concordância e meu consentimento para realização do tratamento proposto com a presença de testemunhas.

Belo Horizonte, _____, de _____, de _____.

Nome e assinatura do paciente (ou representante legal)

Documento de Identidade

Testemunha

Testemunha

Assinatura do médico responsável