

Etiqueta de identificação do paciente	Preencher quando não houver etiqueta:
	Nome: _____ _____
	Data de Nascimento: / / Prontuário: _____
	Convênio:

Termo De Consentimento Livre e Esclarecido

CONSIDERANDO:

I – A dignidade da pessoa humana como princípio fundamental da República Federativa do Brasil (art. 1º, III, da Constituição Federal) e sendo inviolável o direito à liberdade (art. 5º da Constituição Federal);

II – A capacidade civil, à autonomia de vontade e o abuso de direito previstos no Código Civil brasileiro;

III – As disposições sobre normas éticas para recusa terapêutica dispostas na Resolução nº 2.232/2019 do Conselho Federal de Medicina;

IV – As disposições sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes dispostas na Resolução nº 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina;

V – O dever do fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou à segurança informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade (art. 9º da Lei nº 8.078/90);

VI – As disposições do Código de Ética Médica, especialmente acerca dos deveres dos médicos previstos nos arts. 22, 24, 31 e 34, que compreendem: obter consentimento do paciente ou do seu representante legal, salvo em caso de risco iminente de morte; garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo; respeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte; e informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, neste caso, fazer a comunicação a seu representante legal;

VII – A lucidez e a capacidade cognitiva do(a) paciente/representante legal que firma o presente termo;
e

Eu,

_____,
na qualidade de () paciente () responsável¹ - grau de parentesco
_____,
data de nascimento ____ / ____ / ____, inscrito(a) no CPF
nº _____,

DECLARO ter sido devidamente informados(a), em linguagem clara, objetiva e comprehensível, pela equipe médica do Hospital do Círculo, que:

I – A análise dos exames e quadro clínico revela o diagnóstico de:

CID _____;
_____;

II – Através dos conhecimentos científicos atuais, conforme a melhor e atual literatura médica, há indicação para realização do(s) exame(s) e/ou procedimento(s) co
m a finalidade de _____;

III – A equipe médica explicou-me sobre o(s) exame(s) e/ou procedimento(s) proposto(s), bem como

¹ Parentes de primeiro e segundo grau (pais, irmãos, avós e netos), tutor(a), curador(a), cônjuge ou companheiro(a).

Etiqueta de identificação do paciente	Preencher quando não houver etiqueta:	
	Nome: _____ _____	
	Data de Nascimento: / / Prontuário: _____	
	Convênio: _____	

o(s) tratamento(s) que poderão ocorrer no período de recuperação;

IV – Recebi as informações necessárias sobre as probabilidades de êxito;

V – Estou ciente de que durante o(s) exame(s) e/ou procedimento(s) indicados poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas, assim como também poderão ocorrer situações imprevisíveis (fortuitas);

VI – Fui cientificado(a) de que em um procedimento(s) invasivo(s), como o indicado, podem ocorrer complicações, tais como: _____

_____ ;

VII – Também fui informado(a) sobre as alternativas possíveis ao exame/procedimento: _____
_____ ;

VIII – Conheço das consequências de não realizar o exame/tratamento: _____
_____ ;

IX – Diante das informações prestadas pela equipe de profissionais da saúde do Hospital do Círculo, por escrito e verbalmente, as quais não deixaram dúvidas, ratifico, neste ato, a minha livre e inequívoca decisão **consentir com a realização do(s) exame(s) e/ou procedimento(s) acima assinalado;**

X – Caso se façam necessários, eu () autorizo () não autorizo, de forma voluntária, a tomada de procedimentos para solucionar qualquer intercorrência que eventualmente ocorra em função do procedimento realizado através dos recursos disponíveis, resguardadas as coberturas contratuais e/ou autorizações que dependam do plano vinculado ao(a) paciente;

XI – Eu, () autorizo () não autorizo a realização de procedimento de transfusão de sangue e hemocomponentes, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos;

XII – Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas à realização do procedimento e ter tido tempo para reflexão após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura; e

XIII – Compreendo as explicações que me foram prestadas, estando plenamente satisfeito(a) com as informações recebidas e reservo-me o direito de revogar, por escrito, este consentimento a qualquer tempo, desde que seja feito antes do início da realização do procedimento.

Etiqueta de identificação do paciente	Preencher quando não houver etiqueta:
	Nome: _____ _____
	Data de Nascimento: / / Prontuário: _____
	Convênio:

Caxias do Sul, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) paciente/responsável

Eu, Dr(a). _____ CRM _____

Caxias do Sul, _____ de _____ de _____.

Assinatura, carimbo do(a) médico(a) e CRM

Testemunhas:

Nome: _____
CPF: _____

Nome: _____
CPF: _____