

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO/AUTORIZAÇÃO DE CIRURGIA

Considerando o artigo 59 do código de Ética Médica e os artigos 6 II e 39 da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), que garantem aos Pais informações sobre o estado de saúde de seu filho _____
(Nome completo)

sendo assim, nós _____
(Nome dos pais ou responsáveis)

declaramos que fomos previamente informado pelo (a) médico (a), _____
(Nome completo) _____ do estado de saúde, diagnóstico e evolução provável

da doença. Declaramos igualmente termos sido informados de forma clara sobre a finalidade, os benefícios e os riscos do tratamento ao qual será submetido:

Bem como os efeitos colaterais e outras intercorrências e anormalidades que poderão advir do mesmo. Declaro ainda, estarmos cientes de que o tratamento a ser adotado não aplica necessariamente na cura e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o (a) médico (a) a modificar condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o (a) mesmo (a) autorização (a) desde já a tomar providências necessárias para tentar solucionar os problemas surgidos, seguindo seu julgamento, bem como uso de hemocomponentes e transporte inter hospitalar se houver necessidade.

Assim sendo, concordo com o referido tratamento e, para tanto, assinamos o presente documento.

Nova Lima, _____ de _____ de 20 _____.

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Nome: _____

Nome: _____

Documento de Identidade: _____

Documento de Identidade: _____

Assinatura do Médico Responsável