

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO DO PACIENTE

Considerando o artigo 59 do Código de Ética Médica e os artigos 6º III e 39 VI da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), que garantem ao paciente informações sobre seu estado de saúde, eu \_\_\_\_\_ residente à \_\_\_\_\_ documento de identidade nº \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, 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 de forma clara sobre a finalidade, os benefícios e os riscos do tratamento a que vou me submeter, \_\_\_\_\_, bem como os efeitos colaterais e outras intercorrências e anormalidades que poderão advir do mesmo.

Declaro, ainda, estar ciente de que o tratamento a ser adotado não implica 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) autorizado(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 em me submeter ao referido tratamento e, para tanto, assino o presente documento na presença de testemunhas. No caso de no futuro tornar-me incapaz de tomar decisões sobre minha saúde, indico como meu representante \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_.

Nova Lima, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

Assinatura do paciente / responsável

Assinatura da testemunha

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

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

Documento de identidade: \_\_\_\_\_

Documento de identidade: \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico Responsável