



Este documento trata da autorização voluntária do paciente ou do seu representante legal, pela tomada de decisão, após diálogo com o (a) médico (a), por meio do qual, ambas as partes trocaram 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, o inciso III, do artigo 6º e o inciso VI, do artigo 39 do Código de Defesa do Consumidor, Lei 8.078/90, declaro que fui suficientemente esclarecido (a) pelo (a) médico (a) _____ quanto aos procedimentos a que vou me submeter, ou a que vai ser submetido _____, do qual sou responsável legal, bem como do diagnóstico, prognóstico, riscos e objetivos do tratamento _____.

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 as 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, segundo seu julgamento, bem como uso de hemoderivados e transporte inter hospitalar se houver necessidade.

Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa que:

() **AUTORIZA** a realização.

() **NÃO AUTORIZA** a realização, estando ciente dos riscos decorrentes desta decisão.

No caso de no futuro tornar-me incapaz de tomar decisões sobre minha saúde, indico como meu representante _____, grau de parentesco _____
RG _____.

Araraquara, ____ de _____ de _____.

Hora da aplicação do termo: ____h ____min

Assinatura paciente
RG _____
Nome _____

Assinatura responsável pelo paciente
RG _____
Nome _____

Assinatura médico
CRM _____
Nome _____

Assinatura testemunha
RG _____
Nome _____

Assinatura testemunha
CRM _____
Nome _____