

TERMO GERAL DE CONSENTIMENTO

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 conseqüências.

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 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 hemoderivados 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 _____, grau de parentesco _____ RG _____.

Local e data _____

Nome e assinatura do paciente ou seu representante legal

Documento de Identidade _____

Testemunha: Nome, assinatura e documento de identidade

Testemunha: Nome, assinatura e documento de identidade

Nome, assinatura e CRM do médico responsável
