



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, Eu(nome completo): _____ (nacionalidade) _____, portadora do

RG _____ - ____ e inscrita no CPF/MF sob nº _____, residente e domiciliada na _____ (Cidade) _____

(Estado) _____, declaro que fui suficientemente esclarecido (a) pelo (a) médico (a) (nome medico solicitante):

_____, quanto aos procedimentos a que vou me submeter, ou a que vai ser submetido (nome do paciente):

_____, do qual sou responsável legal, bem como do diagnóstico, prognóstico, riscos e objetivos do tratamento de (nome extenso do procedimento hospitalar):

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 (nome completo):

_____ (grau parentesco) _____ RG _____.

Assinatura do(a) paciente

Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente

Assinatura do(a) médico(a)

RG nº _____

RG nº _____

CRM _____

Nome _____

Nome _____

Nome _____