

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) paciente _____, ou seu responsável _____, **declara**, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei, 8.078/90 que dá plena autorização ao(a) médico(a) assistente, o Dr.(a) _____, inscrito no CRM/PR

sob o n.º _____ ou outro _____ credenciado pelo **Hospital Nossa Senhora do Pilar**, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como a realizar o seguinte procedimento: **CURETAGEM PÓS-ABORTO**, e todos o que incluem, inclusive anestésias, transfusões de sangue ou outras condutas médicas que venham ao encontro das necessidades clínico, podendo o referido profissional valer-se do auxílio dos outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o(a) referido(a) médico(a), atendendo ao disposto nos artigos 31 e 34 do Código de Ética Médica e no artigo 39º da Lei 8.078/90 e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico **CURETAGEM PÓS-ABORTO**, antes apontado, apresentando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento proposto para ser autorizado.

PRINCIPIOS E INDICAÇÕES: É realizada com anestesia geral endovenosa, com duração de aproximadamente 20 minutos. Pode haver necessidade de dilatação do colo uterino para a realização do procedimento com mais segurança. Ocasionalmente pode não ser possível o esvaziamento completo do útero, sendo necessária nova curetagem.

PÓS-OPERATÓRIO E COMPLICAÇÕES: Geralmente apresenta cólicas abdominais (pela manipulação), que melhoram facilmente com medicação. A alta ocorre após a recuperação da anestesia, geralmente 2 a 3 horas após o procedimento. As complicações são: risco anestésico, perfuração do útero, infecção uterina, lesão do trato urinário, lesão intestinal, hemorragias

INFECÇÃO HOSPITALAR: A portaria nº 2.616, de 12/05/1998 do Ministério da Saúde estabeleceu as normas do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), obrigando os hospitais a constituir a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar). Os índices de infecção hospitalar aceitos são estabelecidos, usando-se como parâmetro o NNIS (*Nacional Nosocomial Infection Surveillance* – Vigilância Nosocomial de Infecção), órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceitos e que são:

1. **Cirurgias limpas** – 2% (são aquelas que não apresentam processo infeccioso e inflamatório local e durante a cirurgia, não ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);
2. **Cirurgias potencialmente contaminadas** – 10% (são aquelas que necessitam drenagem aberta e ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);
3. **Cirurgias contaminadas** – 20% (são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizadas e abertos, colonizadas por flora bacteriana abundante de difícil ou impossível descontaminação, sem supuração local). Presença de inflamação aguda na incisão cirúrgica e grande contaminação a partir do tubo digestivo. Inclui obstrução biliar e urinária.
4. **Cirurgias infectadas** – 40% são aquelas realizadas na presença do processo infeccioso (supuração local) e/ou tecido necrótico.

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi os termos médicos e concordo com os termos deste documento, e que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas e esclarecer eventuais dúvidas, ficando claro para mim quais são os propósitos dos procedimentos o qual estarei submetido, seus desconfortos e riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis decorrentes. Entendi e concordo voluntariamente o que é necessário eu fazer para que a **CURETAGEM PÓS-ABORTO** tenha o resultado pretendido.

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e o resultado 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 a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento em meu benefício.

Declaro ainda que o(a) médico(a) explicou que em algumas circunstâncias as cirurgias podem gerar fatos bastante complicados, independente da perícia, prudência ou vontade do médico. Fui informado e

compreendi que a prática médica/cirúrgica não é uma ciência exata; e não podem ser dadas quaisquer garantias, nem certezas quanto ao tratamento ou cirurgia.

Declaro que nada omiti em relação a minha saúde e que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica ou fique na guarda pessoal do(a) meu médico(a), ficando autorizado a utilizá-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal utilização implique em qualquer tipo de ofensa. Fica autorizado o acesso a minha ficha clínica, que por ventura exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica ou consultório inclusive, a solicitar, segunda vias de exames laboratoriais, cardiológicos, RX e demais por ventura existentes.

Declaro que neste ato fui informado pessoalmente sobre as possibilidades de destinação do produto fecundado sem sinais vitais, esse com peso inferior a 500 gramas ou estatura menor que 25 centímetros de idade gestacional menor que 20 semanas, uma vez que ele pode ser por mim requisitado para a destinação em cemitério licenciado ou cremação e ou, que posso renunciar a esse direito, momento em que opto pela opção de:

(....) Renunciar ao direito de requisição do produto de fecundação sem sinais vitais, com peso inferior a 500 gramas ou estatura menor que 25 centímetros de idade gestacional menor que 20 semanas, devendo o Hospital destinar o material para ser sepultado em cemitério licenciado ou cremação ou incineração, conforme RDC ANVISA 306/04 e Resolução CONAMA 358/05.

(....) Requerer o produtos de fecundação sem sinais vitais, com peso inferior a 500 gramas ou estatura menor que 25 centímetros de idade gestacional menor que 20 semanas, responsabilizando-me em dar a correta destinação a ele, seja para sepultamento em cemitério licenciado ou cremação, isentando totalmente o HDH de responsabilidade civil, penal e administrativa a partir da entrega, conforme termo de entrega anexo, parte integrante deste instrumento.

Declaro que concordo voluntariamente com o que será realizado e que estou ciente que meu consentimento poderá ser retirado de maneira formal, desde que seja antes do procedimento, sem que tal fato implique em penalidade, prejuízo ou perda de benefícios que eu possa ter adquirido, ou ao meu atendimento neste serviço.

Por fim, pelo todo exposto, autorizo a realização do procedimento acima mencionado, salientando que as informações também foram prestadas de viva voz pelo(a) médico(a), tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas por mim e ou responsável legal.

Para que produza os efeitos legais assino o presente termo, recebendo cópia.

Curitiba (PR), ____ de ____ de ____.

Deve ser preenchido pelo médico assistente	
<p>Expliquei todo o procedimento exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.</p>	
Nome do médico _____	Assinatura _____ CRM _____

CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS	
Assinatura do(a) paciente _____	Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente _____
RG Nº _____	RG Nº _____
NOME _____	NOME _____

Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Lei 8078/90 - Art.9º. O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou a segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

Código de Ética Médica: Art. 22º Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. **Art. 24º** Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo. **Art. 31º.** Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte. **Art. 34º.** Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, neste caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

OBS: Obrigatório rubricar todas as vias.
1º Via do Paciente.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) paciente _____, ou seu responsável _____, **declara**, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei, 8.078/90 que dá plena autorização ao(à)

médico(a) assistente, o Dr.(a) _____, inscrito no CRM/PR

sob o n.º _____ ou outro _____ credenciado pelo **Hospital Nossa Senhora do Pilar**, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como a realizar o seguinte procedimento: **CURETAGEM PÓS-ABORTO**, e todos o que incluem, inclusive anestésias, transfusões de sangue ou outras condutas médicas que venham ao encontro das necessidades clínico, podendo o referido profissional valer-se do auxílio dos outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o(a) referido(a) médico(a), atendendo ao disposto nos artigos 31 e 34 do Código de Ética Médica e no artigo 39º da Lei 8.078/90 e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico **CURETAGEM PÓS-ABORTO**, antes apontado, apresentando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento proposto para ser autorizado.

PRINCIPIOS E INDICAÇÕES: É realizada com anestesia geral endovenosa, com duração de aproximadamente 20 minutos. Pode haver necessidade de dilatação do colo uterino para a realização do procedimento com mais segurança. Ocasionalmente pode não ser possível o esvaziamento completo do útero, sendo necessária nova curetagem.

PÓS-OPERATÓRIO E COMPLICAÇÕES: Geralmente apresenta cólicas abdominais (pela manipulação), que melhoram facilmente com medicação. A alta ocorre após a recuperação da anestesia, geralmente 2 a 3 horas após o procedimento. As complicações são: risco anestésico, perfuração do útero, infecção uterina, lesão do trato urinário, lesão intestinal, hemorragias

INFECÇÃO HOSPITALAR: A portaria nº 2.616, de 12/05/1998 do Ministério da Saúde estabeleceu as normas do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), obrigando os hospitais a constituir a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar). Os índices de infecção hospitalar aceitos são estabelecidos, usando-se como parâmetro o NNIS (*Nacional Nosocomial Infection Surveillance* – Vigilância Nosocomial de Infecção), órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceitos e que são:

1. **Cirurgias limpas** – 2% (são aquelas que não apresentam processo infeccioso e inflamatório local e durante a cirurgia, não ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);
2. **Cirurgias potencialmente contaminadas** – 10% (são aquelas que necessitam drenagem aberta e ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);
3. **Cirurgias contaminadas** – 20% (são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizadas e abertos, colonizadas por flora bacteriana abundante de difícil ou impossível descontaminação, sem supuração local). Presença de inflamação aguda na incisão cirúrgica e grande contaminação a partir do tubo digestivo. Inclui obstrução biliar e urinária.
4. **Cirurgias infectadas** – 40% são aquelas realizadas na presença do processo infeccioso (supuração local) e/ou tecido necrótico.

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi os termos médicos e concordo com os termos deste documento, e que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas e esclarecer eventuais dúvidas, ficando claro para mim quais são os propósitos dos procedimentos o qual estarei submetido, seus desconfortos e riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis decorrentes. Entendi e concordo voluntariamente o que é necessário eu fazer para que a **CURETAGEM PÓS-ABORTO** tenha o resultado pretendido.

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e o resultado 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 a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento em meu benefício.

Declaro ainda que o(a) médico(a) explicou que em algumas circunstâncias as cirurgias podem gerar fatos bastante complicados, independente da perícia, prudência ou vontade do médico. Fui informado e

compreendi que a prática médica/cirúrgica não é uma ciência exata; e não podem ser dadas quaisquer garantias, nem certezas quanto ao tratamento ou cirurgia.

Declaro que nada omiti em relação a minha saúde e que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica ou fique na guarda pessoal do(a) meu médico(a), ficando autorizado a utilizá-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal utilização implique em qualquer tipo de ofensa. Fica autorizado o acesso a minha ficha clínica, que por ventura exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica ou consultório inclusive, a solicitar, segunda vias de exames laboratoriais, cardiológicos, RX e demais por ventura existentes.

Declaro que neste ato fui informado pessoalmente sobre as possibilidades de destinação do produto fecundado sem sinais vitais, esse com peso inferior a 500 gramas ou estatura menor que 25 centímetros de idade gestacional menor que 20 semanas, uma vez que ele pode ser por mim requisitado para a destinação em cemitério licenciado ou cremação e ou, que posso renunciar a esse direito, momento em que opto pela opção de:

(....) Renunciar ao direito de requisição do produto de fecundação sem sinais vitais, com peso inferior a 500 gramas ou estatura menor que 25 centímetros de idade gestacional menor que 20 semanas, devendo o Hospital destinar o material para ser sepultado em cemitério licenciado ou cremação ou incineração, conforme RDC ANVISA 306/04 e Resolução CONAMA 358/05.

(....) Requerer o produtos de fecundação sem sinais vitais, com peso inferior a 500 gramas ou estatura menor que 25 centímetros de idade gestacional menor que 20 semanas, responsabilizando-me em dar a correta destinação a ele, seja para sepultamento em cemitério licenciado ou cremação, isentando totalmente o HDH de responsabilidade civil, penal e administrativa a partir da entrega, conforme termo de entrega anexo, parte integrante deste instrumento.

Declaro que concordo voluntariamente com o que será realizado e que estou ciente que meu consentimento poderá ser retirado de maneira formal, desde que seja antes do procedimento, sem que tal fato implique em penalidade, prejuízo ou perda de benefícios que eu possa ter adquirido, ou ao meu atendimento neste serviço.

Por fim, pelo todo exposto, autorizo a realização do procedimento acima mencionado, salientando que as informações também foram prestadas de viva voz pelo(a) médico(a), tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas por mim e ou responsável legal.

Para que produza os efeitos legais assino o presente termo, recebendo cópia.

Curitiba (PR), ____ de ____ de ____.

Deve ser preenchido pelo médico assistente	
<p>Expliquei todo o procedimento exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.</p>	
Nome do médico _____	Assinatura _____ CRM _____

CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS	
Assinatura do(a) paciente _____	Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente _____
RG Nº _____	RG Nº _____
NOME _____	NOME _____

Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Lei 8078/90 - Art.9º. O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou a segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

Código de Ética Médica: Art. 22º Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. **Art. 24º** Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo. **Art. 31º.** Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte. **Art. 34º.** Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, neste caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

**OBS: Obrigatório rubricar todas as vias.
2º Via do Médico.**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) paciente _____, ou seu responsável _____, **declara**, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei, 8.078/90 que dá plena autorização ao(à)

médico(a) assistente, o Dr.(a) _____, inscrito no CRM/PR

sob o n.º _____ ou outro _____ credenciado pelo **Hospital Nossa Senhora do Pilar**, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como a realizar o seguinte procedimento: **CURETAGEM PÓS-ABORTO**, e todos o que incluem, inclusive anestésias, transfusões de sangue ou outras condutas médicas que venham ao encontro das necessidades clínico, podendo o referido profissional valer-se do auxílio dos outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o(a) referido(a) médico(a), atendendo ao disposto nos artigos 31 e 34 do Código de Ética Médica e no artigo 39º da Lei 8.078/90 e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico **CURETAGEM PÓS-ABORTO**, antes apontado, apresentando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento proposto para ser autorizado.

PRINCIPIOS E INDICAÇÕES: É realizada com anestesia geral endovenosa, com duração de aproximadamente 20 minutos. Pode haver necessidade de dilatação do colo uterino para a realização do procedimento com mais segurança. Ocasionalmente pode não ser possível o esvaziamento completo do útero, sendo necessária nova curetagem.

PÓS-OPERATÓRIO E COMPLICAÇÕES: Geralmente apresenta cólicas abdominais (pela manipulação), que melhoram facilmente com medicação. A alta ocorre após a recuperação da anestesia, geralmente 2 a 3 horas após o procedimento. As complicações são: risco anestésico, perfuração do útero, infecção uterina, lesão do trato urinário, lesão intestinal, hemorragias

INFECÇÃO HOSPITALAR: A portaria nº 2.616, de 12/05/1998 do Ministério da Saúde estabeleceu as normas do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), obrigando os hospitais a constituir a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar). Os índices de infecção hospitalar aceitos são estabelecidos, usando-se como parâmetro o NNIS (*Nacional Nosocomial Infection Surveillance* – Vigilância Nosocomial de Infecção), órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceitos e que são:

1. **Cirurgias limpas** – 2% (são aquelas que não apresentam processo infeccioso e inflamatório local e durante a cirurgia, não ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);
2. **Cirurgias potencialmente contaminadas** – 10% (são aquelas que necessitam drenagem aberta e ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);
3. **Cirurgias contaminadas** – 20% (são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizadas e abertos, colonizadas por flora bacteriana abundante de difícil ou impossível descontaminação, sem supuração local). Presença de inflamação aguda na incisão cirúrgica e grande contaminação a partir do tubo digestivo. Inclui obstrução biliar e urinária.
4. **Cirurgias infectadas** – 40% são aquelas realizadas na presença do processo infeccioso (supuração local) e/ou tecido necrótico.

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi os termos médicos e concordo com os termos deste documento, e que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas e esclarecer eventuais dúvidas, ficando claro para mim quais são os propósitos dos procedimentos o qual estarei submetido, seus desconfortos e riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis decorrentes. Entendi e concordo voluntariamente o que é necessário eu fazer para que a **CURETAGEM PÓS-ABORTO** tenha o resultado pretendido.

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e o resultado 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 a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento em meu benefício.

Declaro ainda que o(a) médico(a) explicou que em algumas circunstâncias as cirurgias podem gerar fatos bastante complicados, independente da perícia, prudência ou vontade do médico. Fui informado e

compreendi que a prática médica/cirúrgica não é uma ciência exata; e não podem ser dadas quaisquer garantias, nem certezas quanto ao tratamento ou cirurgia.

Declaro que nada omiti em relação a minha saúde e que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica ou fique na guarda pessoal do(a) meu médico(a), ficando autorizado a utilizá-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal utilização implique em qualquer tipo de ofensa. Fica autorizado o acesso a minha ficha clínica, que por ventura exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica ou consultório inclusive, a solicitar, segunda vias de exames laboratoriais, cardiológicos, RX e demais por ventura existentes.

Declaro que neste ato fui informado pessoalmente sobre as possibilidades de destinação do produto fecundado sem sinais vitais, esse com peso inferior a 500 gramas ou estatura menor que 25 centímetros de idade gestacional menor que 20 semanas, uma vez que ele pode ser por mim requisitado para a destinação em cemitério licenciado ou cremação e ou, que posso renunciar a esse direito, momento em que opto pela opção de:

(....) Renunciar ao direito de requisição do produto de fecundação sem sinais vitais, com peso inferior a 500 gramas ou estatura menor que 25 centímetros de idade gestacional menor que 20 semanas, devendo o Hospital destinar o material para ser sepultado em cemitério licenciado ou cremação ou incineração, conforme RDC ANVISA 306/04 e Resolução CONAMA 358/05.

(....) Requerer o produtos de fecundação sem sinais vitais, com peso inferior a 500 gramas ou estatura menor que 25 centímetros de idade gestacional menor que 20 semanas, responsabilizando-me em dar a correta destinação a ele, seja para sepultamento em cemitério licenciado ou cremação, isentando totalmente o HDH de responsabilidade civil, penal e administrativa a partir da entrega, conforme termo de entrega anexo, parte integrante deste instrumento.

Declaro que concordo voluntariamente com o que será realizado e que estou ciente que meu consentimento poderá ser retirado de maneira formal, desde que seja antes do procedimento, sem que tal fato implique em penalidade, prejuízo ou perda de benefícios que eu possa ter adquirido, ou ao meu atendimento neste serviço.

Por fim, pelo todo exposto, autorizo a realização do procedimento acima mencionado, salientando que as informações também foram prestadas de viva voz pelo(a) médico(a), tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas por mim e ou responsável legal.

Para que produza os efeitos legais assino o presente termo, recebendo cópia.

Curitiba (PR), ____ de ____ de ____.

Deve ser preenchido pelo médico assistente	
<p>Expliquei todo o procedimento exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.</p>	
Nome do médico _____	Assinatura _____ CRM _____

CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS	
Assinatura do(a) paciente _____	Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente _____
RG Nº _____	RG Nº _____
NOME _____	NOME _____

Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Lei 8078/90 - Art.9º. O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou a segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

Código de Ética Médica: Art. 22º Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. **Art. 24º** Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo. **Art. 31º.** Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte. **Art. 34º.** Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, neste caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

**OBS: Obrigatório rubricar todas as vias.
3º Via do Hospital.**