

## 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, \_\_\_\_\_  
(nome completo)

residente à \_\_\_\_\_,  
(endereço completo)  
\_\_\_\_\_, documento de identidade nº \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_, com \_\_\_\_\_ anos de idade na presente  
(profissão) (estado civil)

data, estando em pleno gozo de minhas faculdades mentais, declaro para os devidos fins que fui previamente informado pelo(a) médico(a), Dr.(a) \_\_\_\_\_  
(nome completo)  
CRM/GO \_\_\_\_\_, 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 sobre 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, segundo seu julgamento.

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 de parentesco)

Belo Horizonte, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente / responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do médico responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

\_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

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

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