

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob n.º \_\_\_\_\_ e RG n.º \_\_\_\_\_, e minha (meu) esposa (o), \_\_\_\_\_, inscrita (o) no CPF sob n.º \_\_\_\_\_ RG n.º \_\_\_\_\_, residentes na rua \_\_\_\_\_ n.º \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_, em Curitiba /PR, declaramos, para os devidos fins, que temos ciência do disposto na Lei n.º 9.263, de 12 de janeiro de 1996, assim como nos foi propiciado acesso ao serviço de regulação da fecundidade, incluindo informações sobre os riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldade de reversão e opções de contracepção reversíveis existentes. Declaramos, também, que estamos de acordo com a realização do procedimento **ESTERILIZAÇÃO VOLUNTÁRIA**, e estamos em plenas condições físicas e mentais para firmar o presente, não estando sob a influência de qualquer alteração da capacidade de discernimento (influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente).

Curitiba (PR), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

<b>Deve ser preenchido pelo médico assistente</b>
<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> <p>Nome do médico _____ Assinatura _____ CRM _____</p>

<b>CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS</b>	
Assinatura do(a) paciente	Assinatura do(a) Cônjuge
RG N.º	RG N.º
NOME	NOME

**Obs. Obrigatório Assinar todas as Vias.**  
**1º Via do Paciente.**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob n.º \_\_\_\_\_ e RG n.º \_\_\_\_\_, e minha (meu) esposa (o), \_\_\_\_\_, inscrita (o) no CPF sob n.º \_\_\_\_\_ RG n.º \_\_\_\_\_, residentes na rua \_\_\_\_\_ n.º \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_, em Curitiba /PR, declaramos, para os devidos fins, que temos ciência do disposto na Lei n.º 9.263, de 12 de janeiro de 1996, assim como nos foi propiciado acesso ao serviço de regulação da fecundidade, incluindo informações sobre os riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldade de reversão e opções de contracepção reversíveis existentes. Declaramos, também, que estamos de acordo com a realização do procedimento **ESTERILIZAÇÃO VOLUNTÁRIA**, e estamos em plenas condições físicas e mentais para firmar o presente, não estando sob a influência de qualquer alteração da capacidade de discernimento (influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente).

Curitiba (PR), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

<b>Deve ser preenchido pelo médico assistente</b>
<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> <p>Nome do médico _____ Assinatura _____ CRM _____</p>

<b>CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS</b>	
Assinatura do(a) paciente _____	Assinatura do(a) Cônjuge _____
RG N.º _____	RG N.º _____
NOME _____	NOME _____

**Obs. Obrigatório Assinar todas as Vias.**  
**2º Via do Médico.**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob n.º \_\_\_\_\_ e RG n.º \_\_\_\_\_, e minha (meu) esposa (o), \_\_\_\_\_, inscrita (o) no CPF sob n.º \_\_\_\_\_ RG n.º \_\_\_\_\_, residentes na rua \_\_\_\_\_ n.º \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_, em Curitiba /PR, declaramos, para os devidos fins, que temos ciência do disposto na Lei n.º 9.263, de 12 de janeiro de 1996, assim como nos foi propiciado acesso ao serviço de regulação da fecundidade, incluindo informações sobre os riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldade de reversão e opções de contracepção reversíveis existentes. Declaramos, também, que estamos de acordo com a realização do procedimento **ESTERILIZAÇÃO VOLUNTÁRIA**, e estamos em plenas condições físicas e mentais para firmar o presente, não estando sob a influência de qualquer alteração da capacidade de discernimento (influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente).

Curitiba (PR), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**Deve ser preenchido pelo médico assistente**

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.

Nome do médico \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_

**CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS**

Assinatura do(a) paciente _____		Assinatura do(a) Cônjuge _____	
RG N.º _____		RG N.º _____	
NOME _____		NOME _____	

**Obs. Obrigatório Assinar todas as Vias.**  
**3º Via do Hospital.**

