

## 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: **IMPLANTE DE NEUROESTIMULADOR CEREBRAL – TRATAMENTO DE DISTÚRBIOS DO MOVIMENTO**, 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 9º da Lei 8.078/90 e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico cirúrgico de **IMPLANTE DE NEUROESTIMULADOR CEREBRAL – TRATAMENTO DE DISTÚRBIOS DO MOVIMENTO** antes apontado, apresentando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento proposto para ser autorizado.

**DEFINIÇÃO:** Implante de estimulador cerebral profundo para redução dos sintomas de distúrbios do movimento, com doença de Parkinson, distonia ou outros tipos de tremores.

Risco de complicações: **Intercorrências anestésicas e metabólicas; reações a medicamentos; complicações clínicas diversas; lesões neurológicas diversas: distúrbios de compreensão; quadros demenciais; paralisia da musculatura facial; surdez; distúrbios da fala; da motilidade ocular; deficiência ou impossibilidade de olfação; paralisia de membros; distúrbios de coordenação motora; equilíbrio e deambulação; dificuldade de deglutição; alterações da micção; evacuação ou da função sexual; distúrbios da sensibilidade; atrofia muscular; persistência de quadros dolorosos e deformidades estéticas; deficiência visual total ou parcial, transitória ou permanente; fistula líquórica; crises convulsivas, hemorragia, acidente vascular cerebral (derrame); hidrocefalia; edema cerebral e/ou cerebelar; ausência de melhora; infecção; osteomielite (infecção do osso); abscesso; meningite; estado vegetativo; infecção do implante e necessidade de retirada; ausência de melhora; quebra do aparelho; deslocamento do aparelho; aparecimento de novos distúrbios do movimento; progressão da doença; coma e morte.**

*Estou ciente que eventuais sequelas podem impedir a realização de qualquer atividade produtiva, ou retorno ao trabalho anterior.*

**Estou ciente que a bateria tem tempo limitado de atividade, dependendo esta dos parâmetros de regulação do aparelho, principalmente da intensidade de estímulo. Estou ciente que a bateria deve ser trocada quando estiver em fase de esgotamento.**

**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 abertas, 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 da 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 a 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 **IMPLANTE DE NEUROESTIMULADOR CEREBRAL – TRATAMENTO DE DISTÚRBIOS DO MOVIMENTO**, 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.

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 ao 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.

**Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do mesmo, expressando que as informações foram prestadas de viva voz pelo(a) médico(a), tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas.**

**Fica também estabelecido que diante o procedimento, o paciente e/ou representante legal pode revogar este consentimento a qualquer momento de maneira formal.**

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

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> |                            |
| Nome do médico _____   | Assinatura _____ CRM _____ |

| <b>CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS</b> |   |
|------------------------------------|---|
| 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: **IMPLANTE DE NEUROESTIMULADOR CEREBRAL – TRATAMENTO DE DISTÚRBIOS DO MOVIMENTO**, 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 9º da Lei 8.078/90 e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico cirúrgico de **IMPLANTE DE NEUROESTIMULADOR CEREBRAL – TRATAMENTO DE DISTÚRBIOS DO MOVIMENTO** antes apontado, apresentando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento proposto para ser autorizado.

**DEFINIÇÃO:** Implante de estimulador cerebral profundo para redução dos sintomas de distúrbios do movimento, com doença de Parkinson, distonia ou outros tipos de tremores.

Risco de complicações: **Intercorrências anestésicas e metabólicas; reações a medicamentos; complicações clínicas diversas; lesões neurológicas diversas: distúrbios de compreensão; quadros demenciais; paralisia da musculatura facial; surdez; distúrbios da fala; da motilidade ocular; deficiência ou impossibilidade de olfação; paralisia de membros; distúrbios de coordenação motora; equilíbrio e deambulação; dificuldade de deglutição; alterações da micção; evacuação ou da função sexual; distúrbios da sensibilidade; atrofia muscular; persistência de quadros dolorosos e deformidades estéticas; deficiência visual total ou parcial, transitória ou permanente; fistula líquórica; crises convulsivas, hemorragia, acidente vascular cerebral (derrame); hidrocefalia; edema cerebral e/ou cerebelar; ausência de melhora; infecção; osteomielite (infecção do osso); abscesso; meningite; estado vegetativo; infecção do implante e necessidade de retirada; ausência de melhora; quebra do aparelho; deslocamento do aparelho; aparecimento de novos distúrbios do movimento; progressão da doença; coma e morte.**

*Estou ciente que eventuais sequelas podem impedir a realização de qualquer atividade produtiva, ou retorno ao trabalho anterior.*

**Estou ciente que a bateria tem tempo limitado de atividade, dependendo esta dos parâmetros de regulação do aparelho, principalmente da intensidade de estímulo. Estou ciente que a bateria deve ser trocada quando estiver em fase de esgotamento.**

**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 abertas, 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 da 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 a 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 **IMPLANTE DE NEUROESTIMULADOR CEREBRAL – TRATAMENTO DE DISTÚRBIOS DO MOVIMENTO**, 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.

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 ao 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.

**Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do mesmo, expressando que as informações foram prestadas de viva voz pelo(a) médico(a), tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas.**

**Fica também estabelecido que diante o procedimento, o paciente e/ou representante legal pode revogar este consentimento a qualquer momento de maneira formal.**

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

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> |                            |
| Nome do médico _____   | Assinatura _____ CRM _____ |

| <b>CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS</b> |   |
|------------------------------------|---|
| 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 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: **IMPLANTE DE NEUROESTIMULADOR CEREBRAL – TRATAMENTO DE DISTÚRBIOS DO MOVIMENTO**, 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 9º da Lei 8.078/90 e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico cirúrgico de **IMPLANTE DE NEUROESTIMULADOR CEREBRAL – TRATAMENTO DE DISTÚRBIOS DO MOVIMENTO** antes apontado, apresentando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento proposto para ser autorizado.

**DEFINIÇÃO:** Implante de estimulador cerebral profundo para redução dos sintomas de distúrbios do movimento, com doença de Parkinson, distonia ou outros tipos de tremores.

Risco de complicações: **Intercorrências anestésicas e metabólicas; reações a medicamentos; complicações clínicas diversas; lesões neurológicas diversas: distúrbios de compreensão; quadros demenciais; paralisia da musculatura facial; surdez; distúrbios da fala; da motilidade ocular; deficiência ou impossibilidade de olfação; paralisia de membros; distúrbios de coordenação motora; equilíbrio e deambulação; dificuldade de deglutição; alterações da micção; evacuação ou da função sexual; distúrbios da sensibilidade; atrofia muscular; persistência de quadros dolorosos e deformidades estéticas; deficiência visual total ou parcial, transitória ou permanente; fistula líquórica; crises convulsivas, hemorragia, acidente vascular cerebral (derrame); hidrocefalia; edema cerebral e/ou cerebelar; ausência de melhora; infecção; osteomielite (infecção do osso); abscesso; meningite; estado vegetativo; infecção do implante e necessidade de retirada; ausência de melhora; quebra do aparelho; deslocamento do aparelho; aparecimento de novos distúrbios do movimento; progressão da doença; coma e morte.**

*Estou ciente que eventuais sequelas podem impedir a realização de qualquer atividade produtiva, ou retorno ao trabalho anterior.*

**Estou ciente que a bateria tem tempo limitado de atividade, dependendo esta dos parâmetros de regulação do aparelho, principalmente da intensidade de estímulo. Estou ciente que a bateria deve ser trocada quando estiver em fase de esgotamento.**

**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 abertas, 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 da 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 **IMPLANTE DE NEUROESTIMULADOR CEREBRAL – TRATAMENTO DE DISTÚRBIOS DO MOVIMENTO**, 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.

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 ao 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.

**Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do mesmo, expressando que as informações foram prestadas de viva voz pelo(a) médico(a), tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas.**

**Fica também estabelecido que diante o procedimento, o paciente e/ou representante legal pode revogar este consentimento a qualquer momento de maneira formal.**

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

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> |                            |
| Nome do médico _____   | Assinatura _____ CRM _____ |

| <b>CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS</b> |   |
|------------------------------------|---|
| 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.**