


CEBAMS – UNIDADE HOSPITALAR IBIAPABA		
TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO		
Código: Cons.Inform.01	Data:	Página 1 de 1
Título: Consentimento Informado	Responsável (Assinatura legível/Carimbo)	Revisão: 00 /Data:21/10/09

Considerando o artigo 59 do Código de Ética Médica e os artigos 6 III e 39 VI da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), pelo presente instrumento, declaro que fui suficientemente esclarecido(a) pelo(a) médico(a) _____ sobre o(s) procedimento(s) _____, a que vou me submeter, ou a que vai ser submetido o paciente _____, do qual sou responsável legal, bem como do diagnóstico, prognóstico, riscos e objetivos do tratamento proposto. Declaro também que fui informado(a) de todos os cuidados e orientações que devo seguir a fim de alcançar o melhor resultado. Estou ciente que o tratamento pode não se limitar ao procedimento relacionado acima. Estou ciente de que deverei retornar ao consultório/hospital nos dias determinados pelo médico, bem como informá-lo imediatamente sobre possíveis alterações no meu quadro clínico que porventura possam surgir. Pelo presente também manifesto expressamente minha concordância e meu consentimento para realização do procedimento acima descrito.

Local e data

Assinatura e carimbo do médico

Nome e assinatura do paciente (ou representante legal)

Documento de Identidade

Testemunha

Testemunha