

CONSENTIMENTO PARA ATOS/INTERVENÇÕES DE SAÚDE
NOS TERMOS DA NORMA
N.º015/2013 DA DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE

Proc. 22602279 (colar vinheta ou preencher informações)

ALBERTO DO NASCIMENTO BRAZ TEIXEIRA

Data Nasc: 17/03/1950 MASCULINO

AVD LUCINDA DE OLIVEIRA N.º 42

SANTA COMBA DA VILARICA Tel. 914392370

5360-170 SANTA COMBA DE VILARICA-SANTA COMBA DE VILARICA

Fil: ALBERTO TEIXEIRA * HERMINIA DA COSTA BRAZ

SERVICO NACIONAL SAUDE 192437952

1. Diagnóstico e/ou descrição da situação clínica:

2. Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo:

3. Benefícios:

4. Riscos graves e riscos frequentes:

5. Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas:

6. Riscos de não tratamento:

Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondo a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos.

Nome legível do profissional de saúde:

Data: Cédula Profissional N.º Contato Institucional:

Assinatura:

À Pessoa/Representante Legal

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada a oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.

☒ Autorizo o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

☐ Não autorizo o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Nome:

Data: Assinatura:

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE
(se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima)

Nome:

Identificação N.º:

Validade:

Grau de parentesco ou tipo de representação:

Assinatura: