

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA

Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato acima referido. 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, não serão adotados quaisquer procedimentos discriminatórios no contexto da sua assistência nesta unidade de saúde.

Nome legível do médico(a): _____ Data: ____/____/____

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

“Declaro que concordo com _____ conforme me foi explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, tendo podido fazer todas as perguntas sobre o assunto. Assim, autorizo a realização do ato indicado nas condições em que me foram explicadas.”

Assinatura (conforme BI/CC)

NOP: