**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

|  |
| --- |
| **Procedimento: Recusa de Transfusão de Sangue e Hemocomponentes** |

|  |
| --- |
| **Identificação do Paciente (“Paciente”)** |
| Nome: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Data de Nascimento: | \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| CPF/ME: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| RG: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Identificação do Paciente (“Paciente”)** (No caso de Paciente menor de idade, incapacitado do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado): |
| Nome: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Data de Nascimento: | \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| CPF/ME: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| RG: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Por este instrumento particular, o Paciente, ou o seu Responsável, declara para todos os fins de direito que, em especial para fins do disposto nos artigos 6º, III e 39, VI, ambos da Lei 8.078/90 (“Código de Defesa do Consumidor” ou “CDC”), que, após receber explicações, ser informado das alternativas ao procedimento e ter minhas dúvidas esclarecidas sobre os riscos de não consentir com a realização da Transfusão de Sangue e Hemocomponentes, **RECUSO-ME A SER SUBMETIDO À TRASFUSÃO DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES**, por razões de crença religiosa, assumindo os riscos e consequências que me foram devidamente informados e explicados, incluindo, mas não se limitando a:

* Agravamento do meu estado clínico;
* Complicações médicas;
* Possibilidade de sequelas permanentes;
* Risco de morte.

Declaro que esta decisão é tomada de forma livre, consciente e informada, com base nos preceitos da minha fé religiosa e com total ciência das consequências que tal recusa pode ocasionar.

**CLÁUSULA PRIMEIRA - Esclarecimento Médico**

Declaro que recebi todas as informações adequadas do meu médico responsável a respeito dos riscos envolvidos na minha escolha de recusar o procedimento indicado, bem como do meu direito à autodeterminação.

**CLÁUSULA SEGUNDA – Responsabilidade**

Reconheço que a decisão de não realizar o tratamento indicado é de minha inteira responsabilidade, assim como todas as consequências decorrentes dessa escolha.

Declaro que reconheço que os profissionais de saúde responsáveis pelo meu tratamento e toda a equipe hospitalar estão seguindo minha vontade expressa e não podem ser responsabilizados por quaisquer consequências decorrentes desta escolha.

Dessa forma, isento os profissionais de saúde e a instituição de qualquer responsabilidade, seja ela na esfera civil, penal ou administrativa, por eventuais danos à minha saúde, incluindo, mas não se limitando a agravamento do quadro clínico, sequelas permanentes ou morte.

Declaro também que não poderei responsabilizá-los por danos morais, materiais ou de qualquer outra natureza decorrentes da minha recusa ao tratamento.

Reafirmo que esta escolha foi feita sem qualquer tipo de coação ou pressão externa, com total ciência dos riscos envolvidos.

**CLÁUSULA TERCEIRA – Objetivo**

Este documento tem como finalidade formalizar minha decisão e garantir que os profissionais de saúde respeitem minha escolha, de acordo com os direitos de liberdade religiosa e autonomia individual garantidos por lei.

**Estou ciente de que minha recusa pode limitar as opções de tratamento, mas confirmo que mantenho minha decisão de acordo com minhas convicções religiosas.**

**Belo Horizonte, MG, [\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_][\_\_:\_\_]**

|  |
| --- |
| **Assinatura do Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome Completo Legível: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| (No caso de Paciente menor de idade, incapacitado do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado)**Assinatura do Responsável Legal (caso de Diretiva Antecipada de Vontade): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome Completo Legível: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

Confirmo que expliquei detalhadamente ao(à) Paciente ou ao(à) Responsável, os riscos da não realização do procedimento acima descrito. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável está(ão) em condições de compreender o que lhe(s) foi informado.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assinatura do Médico Assistente e carimbo**