



República Federativa do Brasil – Estado do Rio de Janeiro
Prefeitura Municipal de Quissamã
Secretaria Municipal de Saúde
Hospital Municipal Mariana Maria de Jesu

CONSENTIMENTO INFORMADO

Sr.(a) _____, declara, para todos os fins legais, e autoriza executar o tratamento cirúrgico designado “_____” no paciente _____, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde.

Declara, outrossim, que o referido(a) médico(a), atendendo ao disposto no art. 59 do código de Ética Médica e no art. 09 da Lei 8.078/90 e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente

Nome _____

RG n/ _____

Assinatura do(a) médico(a)

Nome _____

CRM _____

Quissamã, ____ de ____ de ____