

Por este instrumento particular o (a) paciente: _____

Data de nasc: ____/____/____ ou seu responsável Sr. (a) _____,

declaro que fui **devidamente orientado(a)** pela equipe do hospital, e dou plena e geral autorização à Equipe Médica da Enfermaria Pediátrica do Hospital 10 de Julho para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento de seu (ua) filho (a), e todos os exames e procedimentos necessários, inclusive administração de medicação, ainda que intravenosa, anestésias, cirurgias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros médicos e profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o referido(a) médico(a) prestou detalhadamente todas as informações sobre os procedimentos e condutas a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, as quais compreendi plenamente.

O paciente ou responsável declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, compromissando-se a respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente). Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar as condutas inicialmente propostas, as quais desde já estão autorizadas. Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações do tratamento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Pindamonhangaba (SP), _____ de _____ de _____.

Nome do Paciente ou Responsável

CPF: _____