

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ATOS MÉDICOS/CIRÚRGICOS

MÉDICO

Identificação do procedimento proposto: *captacao imagemens lesões e unlitcep dos mesmo salvaguardando a identidade*
Confirmando, que expliquei ao doente/seu representante legal, de forma adequada e inteligível, o procedimento médico/cirúrgico ou a intervenção terapêutica acima referida os seus riscos e complicações mais frequentes bem como as alternativas existentes, não sendo possível garantir os resultados em saúde de forma absoluta.

Cedi informação escrita complementar.

Médico: CATARINA M LACERDA Cédula N.º: 53727

DOENTE / REPRESENTANTE LEGAL

Por favor leia com atenção a informação contida neste documento.

Não hesite em pedir mais informação ao médico se não estiver esclarecido.

- Declaro que concordo com o procedimento que me foi proposto, explicado e esclarecido pelo Médico que assina este documento. Autorizo a realização desse acto médico/cirúrgico, bem como os procedimentos adicionais que se revelem necessários e medicamento justificados decorrentes desse procedimento.
- Fui também informado do risco e complicações possíveis deste acto e não me foi dada nenhuma garantia sobre os seus resultados.
- Declaro, ainda, que mantenho a todo o tempo, o direito de alterar a minha opinião, revogar autorizações concedidas e realizar pedidos de esclarecimento complementares sempre que julgue necessário e que procedimentos adicionais de maior complexidade serão objecto de esclarecimento e consentimento específico.

Assinatura legível do doente: _____ Data ___/___/___

Assinatura legível do representante legal (quando legalmente aplicável): _____

Data ___/___/___