TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
Recebimento de kit para coleta de exame genético

O(A) paciente_____ data de nascimento ___/___/___,

ou seu responsável Sr. _____, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei, 8.078/90 que dá plena autorização ao (à)

médico(a) assistente, o Dr.(a) _____, inscrito no CRM/SC sob o n.º_____ credenciado pelo Hospital Dona Helena, para recebimento do kit para coleta de exame genético.

Informações gerais:

- O "kit para coleta de exame genético", tem a finalidade de auxiliar no diagnóstico de doenças neuromusculares de etiologia genética.

Recusas e Interrupções:

- Mesmo depois de assinado este termo, antes do recebimento do "kit para coleta de exame genético", você pode se recusar ao tratamento ou, após o recebimento do "kit para coleta de exame genético", você pode interromper (retirar este consentimento) a qualquer momento, sem que isso afete o tratamento prescrito pelo seu médico.
- De igual maneira, mesmo você tendo sido encaminhado por profissional competente, por motivos técnicos a equipe pode recusar o oferecimento do "kit para coleta de exame genético" visto que há pré-requisitos técnicos para a execução deste procedimento, ou ainda, a equipe pode decidir pela interrupção a continuidade do procedimento a qualquer momento.

Onerosidade

- Fica esclarecido que não haverá cobrança de qualquer valor pelo "kit para coleta de exame genético", sendo este item oferecido em caráter de doação por parte do laboratório (fornecedor do kit) para o hospital e este, repassado do hospital para o paciente sem ônus.

Assim, declaro ter recebido, sem custo algum, assim como não fui cobrado, o "kit para coleta de exame genético", expressando que as informações foram prestadas pelo (a) médico (a), tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas.

Fica também estabelecido que diante o procedimento, o paciente e/ou representante legal pode revogar este consentimento a qualquer momento de maneira formal.

Para que produza os efeitos legais assino o presente termo, recebendo cópia.

Deve ser preenchido pelo médico assistente
Expliquei todo o procedimento exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado. Nome do médico _____Assinatura _____ CRM _____ Joinville (SC), _____ de _____ de _____. Hora: _____:_____

CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS	
Assinatura do(a) paciente	Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente
RG Nº	RG Nº
NOME	NOME
Joinville (SC), _____ de _____ de _____. Hora: _____:_____	