

O (A) paciente _____ data de nascimento ___/___/___,

ou seu responsável _____, declaro ciência e me responsabilizo pela retirada da placenta em acordo com o previsto no art.13 do Código Civil, a saber:

Art. 13. Salvo por exigência médica, é defeso o ato de disposição do próprio corpo, quando importar diminuição permanente da integridade física, ou contrariar os bons costumes.

Fui esclarecida (o) que a livre disposição da placenta não importa em diminuição permanente da integridade física, tendo em vista que o órgão em comento geralmente é descartado após o parto, assim como não é atentatório aos bons costumes a própria parturiente obter a placenta após o parto. Nesse sentido, compete à dona do órgão placentário dispor desta parte do seu corpo da maneira que lhe convier, salvo exigência médica razoável que impeça o ato.

Consinto que diante do meu pedido, fico responsável pela coleta e armazenamento da placenta logo após o parto, e estou ciente que este hospital não dispõe de equipamento para armazenamento da placenta ou anexos e, portanto, a parturiente deve trazer recipiente adequado para o armazenamento do material até a alta.

Fui informada (o) que eventualmente a equipe médica poderá solicitar exames específicos deste material juntamente ao serviço de patologia, procedimento que desde já autorizo a realização, se necessário.

Por fim, fui esclarecida (o) e estou ciente que qualquer comercialização do produto denominado placenta e seus anexos, tais como, as membranas e o cordão umbilical, constitui crime previsto no Art. 15, da Lei 9.434/97, que proíbe a venda de tecidos e órgãos (com a pena de reclusão de 3 a 8 anos e multa de 200 a 360 dias-multa) e por esse motivo assumo toda responsabilidade oriunda em caso do cometimento do crime tipificado acima.

Ciente e devidamente esclarecida das questões acima aventadas, e para que produza os efeitos legais assino o presente termo, recebendo cópia.

Deve ser preenchido pelo médico assistente

Expliquei todo o procedimento, 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: ____:____