



Tipo do Documento	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	TCLE.UMUL.OBST.016 – Página 1/2	
Título do Documento	Realização de interrupção da gestação prevista em lei quando há risco de morte à mulher	Emissão: 12/02/2024 Versão: 1ª	Próxima revisão: 12/02/2026

Identificação do Médico Assistente:

Nome: _____ CRM: _____

Identificação do Paciente:

Nome: _____ Data Nascimento: _____
 Endereço: _____ Prontuário: _____
 Nome da mãe: _____ CPF: _____ Telefone: _____

Identificação do Responsável Legal do Paciente:

Nome: _____ Idade: _____
 Endereço: _____
 CPF: _____ RG: _____ Telefone: _____
 Grau de Parentesco: _____

Considerando o art. 59 do código de Ética Médica e os artigos 6º III e 39º VI da Lei 8.078/90 do Código de Defesa do Consumidor, que garantem ao paciente a plena informação sobre seu estado de saúde, eu, acima identificado, em pleno gozo de minhas faculdades mentais e amparada pelo Artigo 128 do Decreto Lei nº 2.848 de 07 de Dezembro de 1940, AUTORIZO o médico supracitado e os demais profissionais vinculados à minha assistência, a realizar o(s) procedimento **de interrupção da gestação prevista em lei quando há risco de morte à mulher** na instituição HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY (HULW).

Fui informada sobre a gravidade do meu diagnóstico e que não há outra forma de salvar minha vida conforme consta no laudo do especialista _____, CRM _____

o qual foi avaliado pelos (as) médicos (as):

_____, CRM _____

_____, CRM _____

que estão de plantão no momento.

Informo que fui esclarecida da minha condição clínica e dos riscos maternos envolvidos, tanto no caso de manutenção da gestação até o termo, como na interrupção da gestação nesta idade gestacional.

Declaro estar gestante atualmente de um feto de ____ semanas e estar ciente de que, caso deseje, posso manter a gestação sob rigorosa supervisão médica, tendo acompanhamento adequado com consultas no pré-natal de alto risco, entretanto, declaro que meu desejo é de interromper a presente gestação, conforme firmado neste instrumento.

Declaro ainda ter sido esclarecida sobre os procedimentos que serão adotados para a interrupção da gestação, possíveis desconfortos, riscos inerentes, forma de assistência, forma de acompanhamento.

Estou ciente de que este documento foi elaborado de acordo Artigo 128 do Decreto Lei nº 2.848 de 07 de dezembro de 1940.



Tipo do Documento	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	TCLE.UMUL.OBST.016 – Página 2/2	
Título do Documento	Realização de interrupção da gestação prevista em lei quando há risco de morte à mulher	Emissão: 12/02/2024 Versão: 1ª	Próxima revisão: 12/02/2026

Tive a oportunidade de fazer perguntas, que me foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão realizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no hospital em busca do melhor resultado. Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos, e que me foi dada a oportunidade de anular qualquer espaço em branco, palavras ou parágrafos com o qual não concordasse.

Assinatura do Declarante (Paciente ou Responsável Legal)

Testemunha:

RG ou CPF:

Hora:

Local e Data:

Carimbo e Assinatura do Médico/ CRM

Hora:

Local e Data:

Revogação
(Local e Data):