



MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
Secretaria de Saúde

ANEXO VIII

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

PROCESSO Nº 57.399/2021
EDITAL DE CHAMAMENTO SS Nº 002-2021

OBJETO: CREDENCIAMENTO DE EMPRESA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE ALTA COMPLEXIDADE EM NEFROLOGIA, COM TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA – TRS, INCLUINDO HEMODIÁLISE, NAS DEPENDÊNCIAS DA CREDENCIADA, COM FORNECIMENTO DE MATERIAIS, INSUMOS, MEDICAMENTOS, EQUIPAMENTOS E FUNCIONÁRIOS DA CREDENCIADA, COM VALORES DA TABELA DE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS, ÓRTESE E PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS (OPM) DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, PARA ATENDER AS NECESSIDADES DA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO.

Pelo presente instrumento, declaro que fui suficientemente esclarecido (a) pelo (a) médico (a) (nome completo do médico) sobre os procedimentos (esclarecer quais procedimentos), a que vou me submeter, ou a que vai ser submetido (nome do paciente), do qual sou responsável legal, bem como do diagnóstico, prognóstico, riscos e objetivos do tratamento (discriminar).

Declaro também que fui informado (a) de todos os cuidados e orientações (discriminar) que devo seguir a fim de alcançar o melhor resultado. Estou ciente que o tratamento não se limita ao (colocar o procedimento realizado), sendo que deverei retornar ao consultório/hospital nos dias determinados pelo médico, bem como informá-lo imediatamente sobre possíveis alterações/problemas que porventura possam surgir.

Pelo presente também manifesto expressamente minha concordância e meu consentimento para realização do procedimento acima descrito.

Local e data

Nome e assinatura do paciente (ou representante legal)

Documento de Identidade

Testemunha

Testemunha