

Eu, \_\_\_\_\_  
NOME DO PACIENTE  
abaixo identificado(a) e firmado(a), portador(a) de \_\_\_\_\_  
NOME DA DOENÇA  
tratamento no hospital, \_\_\_\_\_  
NOME DO HOSPITAL  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
NOME DO MUNICÍPIO UF

Declaro ter sido informado (a) claramente sobre todos os benefícios, cuidados e riscos relacionados ao TCTH de Medula Óssea :  
 Sangue Periférico  Sangue de Cordão Umbilical  Aparentado  Não-Aparentado

Declaro também que os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas esclarecidas pelo médico (a)  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Nome do responsável pela equipe que inscreveu o paciente CRM UF

Estou ciente, principalmente, de que meu estado de saúde requer tratamento imediato com TCTH e de que não há leitos disponíveis no hospital em que venho recebendo tratamento.  
Também estou ciente de que o SNT, por meio da Central Nacional de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, está oferecendo a possibilidade de realizar meu tratamento com TCTH.  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Nome do Hospital Nome do Município UF

Fui também informado (a) de que o hospital indicado pelo SNT está autorizado para a realização da modalidade de transplante de que necessito como terapêutica e que apresenta condições técnicas de atendimento semelhantes ao hospital em que vinha realizando meu tratamento.  
Declaro, portanto, por este instrumento, que estou ciente de que não há, no momento, possibilidade de realizar o TCTH de que necessito no hospital em que venho recebendo tratamento e expresso minha concordância e livre e espontânea vontade de realizá-lo em outro hospital, indicado pelo SNT/SAS/MS

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Assinatura do paciente) Local Data  
\_\_\_\_\_, portador(a) da \_\_\_\_\_  
(Nome do paciente) RG órgão expedidor data de expedição  
\_\_\_\_\_  
Endereço TELEFONE (código DDD+numero)

**1ª Testemunha**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Assinatura da 1ª testemunha) Local Data  
\_\_\_\_\_, portador(a) da \_\_\_\_\_  
(Nome da 1ª testemunha) RG órgão expedidor data de expedição  
\_\_\_\_\_  
Endereço TELEFONE (código DDD+numero)

**2ª Testemunha**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Assinatura da 2ª testemunha) Local Data  
\_\_\_\_\_, portador(a) da \_\_\_\_\_  
(Nome da 2ª testemunha) RG órgão expedidor data de expedição  
\_\_\_\_\_  
Endereço TELEFONE (código DDD+numero)

Caso o paciente seja menor de idade ou tenha outro comprometimento que o impeça de tomar decisões, o representante legal abaixo designado é quem assume a responsabilidade de fazer esta opção.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Assinatura do responsável legal) Local Data  
\_\_\_\_\_, portador(a) da \_\_\_\_\_  
(Nome do responsável legal) RG órgão expedidor data de expedição  
Grau de parentesco ou situação legal, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Endereço TELEFONE (código DDD+numero)