



ANEXO VIII
Formulário III
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - CRITÉRIOS EXPANDIDOS
Realização do Transplante

TERMO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

(a ser preenchido por um dos médicos da equipe de transplante) Certifico que expliquei por escrito e verbalmente, com detalhes, ao paciente _____
acima referido ou a seu responsável, o procedimento de transplante _____
(tipo de transplante)
com órgão de doador falecido, classificado como **CRITÉRIOS EXPANDIDOS**, seus riscos e benefícios.

Respondi satisfatoriamente a todas as perguntas formuladas e considero que o _____
paciente/responsável
compreendeu o que lhe foi explicado.

Nome do Médico _____ CRM _____

Assinatura do Médico _____ local _____ / _____ / _____
mês ano