





ANEXO VIII  
FORMULÁRIO I  
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE  
TRANSPLANTE GERAL

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, 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