

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO E COMPARTILHAMENTO DE MENORES DE IDADE

- O consentimento informado é o registro em prontuário de uma decisão voluntária, por parte do paciente ou de seus responsáveis legais, tomada após um processo informativo e esclarecedor. Visa a autorizar um tratamento ou procedimento médico específico, uma vez anunciados os respectivos riscos, benefícios e possíveis consequências. O consentimento informado é um dever previsto nos artigos 22, 24, 31 e 34 do Código de Ética Médica.
- Este documento visa, então, a registrar a manifestação livre, informada e inequívoca pela qual o Responsável Legal pelo menor (crianças e adolescentes) Titular dos Dados ("Responsável" e "Titular", especificados e qualificados abaixo) concorda e concede sua permissão expressa para que seja realizado o tratamento e compartilhamento dos dados pessoais e dados pessoais sensíveis ("Dados") do Titular para finalidade específica, em conformidade com a Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados ("LGPD").

Nome completo do paciente:
CPF:
Nome completo do responsável legal:
CPF:

Mossoró/RN, (data inserida eletronicamente)

Assinatura do responsável legal