

**Definição:** Segundo a Organização Mundial de Saúde “cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.”

Por este instrumento o (a) paciente \_\_\_\_\_  
RG \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_  
domiciliado na \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_, ou seu responsável Sr(a).  
\_\_\_\_\_ na qualidade de (grau de parentesco) \_\_\_\_\_  
portador do RG \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ domiciliado na \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_, na cidade  
de \_\_\_\_\_ declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto nos  
arts. 22º, 31º e 34º do Código de Ética Médica e nos arts. 9º e 39, VI, da Lei 8.078/90 (abaixo descritos):

1. Em razão do diagnóstico de \_\_\_\_\_ fui esclarecido(a) que instituir Cuidados Paliativos oferece uma estrutura assistencial especialmente destinada aos pacientes que se encontram em situações clínicas irreversíveis e terminais, e sobre a possibilidade de definir diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade, nos termos do artigo 1º, da Resolução CFM nº 1.995/2012, ou poderá designar um representante para tal fim, nos termos do § 1º, do artigo 2º, da mesma norma.
2. Estou ciente que ao instituir Cuidados Paliativos o paciente receberá cuidados clínicos integrado aos aspectos psicológicos, sociais e espirituais. Neste tipo de assistência não há suporte de Terapia Intensiva, nem a realização de procedimentos invasivos e tratamentos, que sejam desnecessários, sob a ótica médica, no estágio em que se encontra a doença.
3. Fui esclarecido(a) que a assistência ocorrerá de forma coordenada e por uma equipe multidisciplinar, composta de médicos, enfermeiros, psicólogo ou assistente social, além de outros profissionais, que sejam importantes para a promoção do conforto, alívio da dor e qualidade de vida do paciente. Toda conduta será guiada por avaliação acurada, identificação precoce e tratamento impecável da dor e outras situações de natureza física, psicossocial e espiritual.
4. Confirmando que recebi todas as informações necessárias quanto aos riscos, benefícios e dos possíveis riscos e benefícios ao optar por não realizar nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s), bem como, que será respeitada a autonomia e desejo do paciente ou seu representante legal, nas decisões sobre os tratamentos, procedimentos e plano de cuidados, as quais, igualmente, serão compartilhadas com os familiares, nos termos da Resolução CFM 1.995/2012.

5. Fui ou meu representante legal esclarecido(a) e cientificado(a) que a adesão aos cuidados paliativos é voluntária e, que o paciente pode a qualquer momento sair deste modelo assistencial ou mesmo recusar um determinado tratamento ou serviço, sem que implique em prejuízo ao tratamento convencional, bastando para isso que manifeste expressamente esta decisão a equipe assistencial.
6. Foram observadas todas as orientações necessárias para o procedimento, bem como foram fornecidas as informações sobre o estado de saúde do(a) paciente, incluindo doenças, medicações as quais apresentou alergia, medicações em uso contínuo ou eventual, sem nada ocultar, tendo recebido orientação quanto à necessidade de suspensão ou manutenção dessas medicações.
7. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas de maneira satisfatória. Li, recebi esclarecimentos e de forma compreensível pela equipe médica, incluindo o direito de revogação do consentimento dado, desde que seja feito antes do início da realização do procedimento proposto.

Desta forma, diante da compreensão do alcance dos benefícios, riscos, alternativas e pleno conhecimento do inteiro teor deste termo, AUTORIZO a instituição de cuidados paliativos. Afirmo ainda que o presente termo integrará o prontuário médico, na hipótese de realização do procedimento/tratamento durante a internação hospitalar.

Goiatuba - GO, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

**Preenchimento Obrigatório pelo Paciente ou Representante legal**

**Nome legível:**

\_\_\_\_\_

**Assinatura:**

\_\_\_\_\_

**CPF:**

\_\_\_\_\_

**Telefones:**

\_\_\_\_\_

**Grau de parentesco (vínculo):**

\_\_\_\_\_

**Preenchimento Obrigatório pela Equipe Médica**

Expliquei o procedimento ao qual o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente ou seu representante legal, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu representante legal, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura e carimbo do médico)

**Nome da testemunha 1:**

\_\_\_\_\_

**Assinatura:**

\_\_\_\_\_

**CPF:**

\_\_\_\_\_

**Nome da testemunha 2:**

\_\_\_\_\_



## FORMULÁRIO

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA  
INSTITUIR CUIDADOS PALIATIVOS**

**CÓDIGO:  
FP.CCPT.001**

**REVISÃO: 00**

**PÁGINA:3/2**

**Assinatura:**

**CPF:**

---

---

---

Revogação dos cuidados paliativos em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ às \_\_\_\_ horas e \_\_\_\_ minutos.

**Paciente ou representante legal:**

**Assinatura:**

**CPF:**

---

---

---