

**TERMO DE CONSENTIMENTO E ACEITE DE CONDUTA  
TERAPÊUTICA – TESTEMUNHA DE JEOVÁ**

.....  
Nome do Paciente

Nº RG: ..... Nº Atendimento: .....  
Obs.: COLE A ETIQUETA OU PREENCHA OS CAMPOS

Por meio deste, o(a) PACIENTE acima qualificado, de livre e espontânea vontade e em pleno gozo de suas faculdades mentais, bem como de condições de lucidez, vem por meio do presente **Termo de Consentimento e ACEITE de Conduta Terapêutica**, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, DECLARAR que, após o amplo esclarecimento prestado pela equipe médica sobre o diagnóstico, quadro atual e indicações terapêuticas, dentre as quais a necessidade de TRANSFUSÃO SANGUÍNEA E HEMOCOMPONENTES, absolutamente ciente de todos os riscos pela não realização da mesma, inclusive risco de morte, apesar das suas convicções religiosas e/ou de foro íntimo, **ACEITA A TRANSFUSÃO DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES**, bem como a adoção pelo corpo clínico de todas as medidas correlatas que visem salvaguardar a sua vida.

Campo Largo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente