


QUALIDADE		Código do Formulário QLD.FOR.037	
	TERMO DE CONSENTIMENTO		
	Código: CC.TCLE.053		
	Data Revisão Atual: 08/05/2026	Data do Vencimento: 08/05/2028	
	Nome: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Extubação - TCLE		

IDENTIFICAÇÃO DO(A) PACIENTE:

Nome Completo:

CPF:

Leito/Quarto:

IDENTIFICAÇÃO DO(S) DECLARANTE(S)/REPRESENTANTE(S) LEGAL(IS):

1º Declarante

Nome Completo:

CPF:

RG:

Endereço:

Vínculo com o(a) paciente:

1º Declarante

Nome Completo:

CPF:

RG:

Endereço:

Vínculo com o(a) paciente:

Nós, abaixo-assinados, na condição de familiares e/ou representantes legais do(a) paciente acima identificado(a), declaramos para todos os fins de direito o que se segue:

DO QUADRO CLÍNICO E DO DIAGNÓSTICO

Declaramos ter sido ampla e detalhadamente informados pela equipe médica responsável, de forma clara e acessível, sobre o quadro clínico atual do(a) paciente. Compreendemos que se encontra em estado clínico irreversível e sem qualquer possibilidade terapêutica de cura ou melhora significativa, conforme atestado nos laudos e pareceres médicos anexados ao prontuário.

Fomos cientificados de que a manutenção dos tratamentos atuais, em especial a ventilação mecânica e outras medidas de suporte artificial à vida, não reverterá a condição de base, servindo apenas para prolongar o processo de morte e o sofrimento do(a) paciente.

DA MANIFESTAÇÃO DE VONTADE

Em respeito à dignidade do(a) paciente e na qualidade de seus representantes, manifestamos nossa vontade inequívoca de que sejam suspensos os procedimentos e tratamentos que prolongam artificialmente sua vida.


DO CONSENTIMENTO PARA INTERRUPTÃO DE PROCEDIMENTOS

Diante do exposto, AUTORIZAMOS EXPRESSAMENTE a equipe médica da ASSOCIAÇÃO VERANENSE DE ASSISTÊNCIA EM SAÚDE, inscrita no CNPJ nº 87.873.279/0001-04, a realizar a extubação e a suspender os demais tratamentos de suporte vital que não tenham como objetivo o alívio da dor e do sofrimento (cuidados paliativos).

Declaramos estar cientes de que a consequência natural da suspensão desses tratamentos será a evolução do quadro para o falecimento do(a) paciente.

DA ISENÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Reconhecemos que a conduta da equipe médica ao acatar esta solicitação é autorizada pela Resolução do Conselho Federal de Medicina, nº 1.805 /2006, e amparada pelos princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana e da autonomia privada, bem como por preceitos éticos da medicina.

QUALIDADE		Código do Formulário QLD.FOR.037	
	TERMO DE CONSENTIMENTO		
	Código: CC.TCLE.053		
	Data Revisão Atual: 08/05/2026		Data do Vencimento: 08/05/2028
	Nome: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Extubação - TCLE		

Dessa forma, isentamos o hospital, sua diretoria, a equipe médica e demais profissionais de saúde envolvidos de qualquer responsabilidade civil, criminal ou administrativa decorrente do cumprimento desta vontade, por entendermos que sua atuação visa unicamente a dignidade do paciente, em conformidade com a legislação e a ética profissional.

Por ser a expressão da nossa livre e consciente vontade, firmamos o presente termo em 2 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

Veranópolis (RS) _____ de _____ de _____.

1º Declarante: _____

2º Declarante: _____

Testemunhas:

1ª Testemunha:

Nome:

CPF:

Assinatura: _____

2ª Testemunha:

Nome:

CPF:

Assinatura: _____