



PREFEITURA DA ESTÂNCIA HIDROMINERAL DE POÁ
ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, fui
devidamente esclarecido da importância de saber dos resultados dos meus exames e/ou do
benefício de iniciar ou dar continuidade ao tratamento prescrito. Declaro que se eu não
comparecer para buscar os resultados dos exames abaixo discriminados: _____

Ou por algum motivo deixar de comparecer ao tratamento nas datas agendadas:

() Não autorizo que este serviço de saúde entre em contato comigo;

() Autorizo e permito que este serviço de saúde entre em contato comigo, por
meio de:

Telefone, () _____

Correio. Endereço: _____

E-mail: _____

Visita Domiciliar. Endereço: _____

Outro meio de contato determinado pelo usuário: _____

Desde que respeitados os meus direitos à privacidade e sigilo das informações.

Assino esse termo em 2 (duas) vias, ficando uma cópia retida no serviço e outra comigo.

_____, ____/____/____
(Local) (data)

Nome do Usuário (letra de forma): _____

Assinatura do usuário ou impressão digital: _____

Nome do Representante Legal: _____

Assinatura do Representante Legal ou impressão digital: _____

Nome do Entrevistador: _____

Assinatura do Entrevistador: _____



PREFEITURA DA ESTÂNCIA HIDROMINERAL DE POÁ
ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, fui
devidamente esclarecido da importância de saber dos resultados dos meus exames e/ou do
benefício de iniciar ou dar continuidade ao tratamento prescrito. Declaro que se eu não
comparecer para buscar os resultados dos exames abaixo discriminados: _____

Ou por algum motivo deixar de comparecer ao tratamento nas datas agendadas:

() Não autorizo que este serviço de saúde entre em contato comigo;

() Autorizo e permito que este serviço de saúde entre em contato comigo, por
meio de:

Telefone, () _____

Correio. Endereço: _____

E-mail: _____

Visita Domiciliar. Endereço: _____

Outro meio de contato determinado pelo usuário: _____

Desde que respeitados os meus direitos à privacidade e sigilo das informações.

Assino esse termo em 2 (duas) vias, ficando uma cópia retida no serviço e outra comigo.

_____, _____ / _____ / _____

(Local)

(data)

Nome do Usuário (letra de forma): _____

Assinatura do usuário ou impressão digital: _____

Nome do Representante Legal: _____

Assinatura do Representante Legal ou impressão digital: _____

Nome do Entrevistador: _____

Assinatura do Entrevistador: _____