



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: \_\_\_\_\_