

FORMULÁRIO		
TCLE –INTERRUPÇÃO DA GESTAÇÃO/ANTECIPAÇÃO TERAPÊUTICA DO PARTO EM SITUAÇÃO DE GRAVIDEZ COM FETO INCOMPATÍVEL COM A VIDA	CÓDIGO: FP.CMED.009	REVISÃO: 00
		PÁGINA:1/1

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – INTERRUPÇÃO DA
GESTAÇÃO/ANTECIPAÇÃO TERAPÊUTICA DO PARTO EM SITUAÇÃO DE GRAVIDEZ COM FETO
INCOMPATÍVEL COM A VIDA**

Eu, _____, _____ anos,
nascida em ____/____/____, portadora do documento de identidade nº
_____ e CPF nº _____, residente à

_____,
com idade gestacional _____ declaro para os devidos fins que fui devidamente
informada e esclarecida sobre o diagnóstico de
_____, condição essa
incompatível com a vida extrauterina, conforme laudos médicos e exames apresentados
por DR° _____. Após amplo
esclarecimento sobre as opções disponíveis e as implicações da decisão, opto, de forma
livre e consciente, pela interrupção da gravidez, conforme determinação judicial.

Fui orientada detalhadamente sobre a natureza do procedimento, incluindo os riscos,
benefícios e alternativas, tendo minhas dúvidas respondidas pela equipe de saúde.
Declaro também estar ciente dos aspectos legais que envolvem a interrupção da
gestação em casos de feto com condição incompatível com a vida, conforme
determinação judicial.

Ressalto que esta decisão foi tomada de maneira consciente, com apoio da equipe
médica, multidisciplinar e, se necessário, de profissionais de saúde mental e assistência
social. A equipe de saúde comprometeu-se a prestar toda a assistência médica,
emocional e social necessária antes, durante e após o procedimento.

Por meio deste termo, manifesto minha ciência e responsabilidade pela decisão,
assumindo-a de forma informada e esclarecida.

Assinatura da Paciente: _____

Data: ____/____/____

Assinatura do Médico Responsável: _____

CRM: _____

Assinatura das Testemunhas:

1. Nome _____, CPF _____

2. Nome _____, CPF _____