

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul (Cremers) orienta que, no atendimento de pacientes com lesões e/ou danos decorrentes de atos praticados por profissionais não médicos, o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)** deve ser registrado por **escrito** e incluir as seguintes informações essenciais, com o objetivo de garantir que o paciente esteja bem informado e consinta com o tratamento reparador proposto.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

NOME DO PACIENTE		
NACIONALIDADE	IDADE	ESTADO CIVIL
PROFISSÃO	CPF	RG
ENDEREÇO		
BAIRRO	CIDADE	CEP
NOME DO PROSSIONAL NÃO MÉDICO		
PROFISSÃO	DATA DO ATENDIMENTO	
ENDEREÇO		
BAIRRO	CIDADE	CEP
RELATO DO PACIENTE		
EXAMES E MEDICAÇÕES ANTES DO PROCEDIMENTO		
EXAMES E MEDICAÇÕES APÓS PROCEDIMENTO		
DESCRIÇÃO DAS COMPLICAÇÕES		

DATA DO ATENDIMENTO MÉDICO	NOME DA CLÍNICA OU DO HOSPITAL
NOME DO MÉDICO	CRM

Fui informado(a) neste ato, e manifesto minha plena anuência, de que, em razão de normas éticas da profissão (Resolução CFM 2.416, de 19 de setembro de 2024), a prescrição de medicamentos, tratamentos e quaisquer tecnologias em Medicina é privativa de médicos, sendo vedado a eles delegar ou assumir a responsabilidade por atos praticados por outros profissionais.

Fui informado(a) neste ato, e manifesto minha plena anuência, de que, em razão de normas éticas da profissão (Resolução CFM 2.416, de 19 de setembro de 2024), é vedado ao médico deixar de notificar ao Conselho Regional de Medicina sempre que tiver ciência de eventos adversos em pacientes decorrentes de atos praticados por profissionais não médicos.

Autorizo o(a) Dr(a). e sua equipe a realizarem o registro de imagem (fotográfico e/ou vídeo) das complicações e/ou lesões apresentadas em decorrência do procedimento/atendimento realizados pelo profissional não médico.

Autorizo o(a) Dr(a). a comunicar os fatos relacionados aos procedimentos/atendimentos realizados pelo profissional não médico à autoridade policial, inclusive com envio dos registros de imagens (fotográfico e/ou vídeo) visando a me encaminhar ao Departamento Médico Legal para exame de corpo de delito.

....., de 20.....

.....

Nome e Assinatura do Paciente