

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO SOBRE O**  
**O DIREITO DA MULHER DE TER ACOMPANHANTE NOS ATENDIMENTOS**  
**REALIZADOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE**

Eu, \_\_\_\_\_, como paciente do \_\_\_\_\_ ou responsável legal pela paciente \_\_\_\_\_, estando no pleno gozo das minhas faculdades mentais, DECLARO que a unidade hospitalar, por meio dos seus profissionais, me explicou em linguagem de fácil compreensão que em decorrência da Lei nº 14.737/2023, toda mulher tem o direito de fazer-se acompanhar por pessoa maior de idade de sua livre escolha, durante todo o período de atendimento.

Estou ciente que, especificamente, nos procedimentos que envolvam qualquer tipo de sedação ou rebaixamento do nível de consciência, no caso de não dispor de indicação de acompanhante, a unidade de saúde responsável pelo atendimento poderá disponibilizar profissional para tanto, preferencialmente do sexo feminino, sem custo adicional.

Declaro ciência também que em casos de atendimentos realizados em centro cirúrgico ou unidade de terapia intensiva, que possuam restrições relacionadas à segurança ou à saúde dos pacientes, há necessidade da acompanhante ser profissional de saúde.

Por fim, igualmente fui informado (a) que em casos de urgência e emergência, os profissionais ficam autorizados a agir na proteção e defesa da saúde e da vida da paciente, ainda que na ausência de eventual acompanhante requerido.

Ainda assim, diante das informações acima descritas e com pleno conhecimento das garantias possíveis na condição de mulher, informo minha renúncia ao direito de acompanhante previsto durante o atendimento nesta unidade hospitalar.

Assim sendo, autorizo a equipe médica a executar a qual se destina e outros procedimentos que sejam considerados necessários. Esta autorização estende-se a todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do profissional de saúde responsável, até o momento em que o procedimento for iniciado.

Certifico que este formulário me foi explicado, que o li ou que foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo. Declaro, ainda, que recebi uma cópia deste termo de consentimento sabendo que a via por mim assinada integrará o registro de atendimento médico ficando, pois, sob a guarda da unidade de saúde.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do paciente ou responsável:

Documento de identificação:

Assinatura do paciente ou responsável: