

Subsídio de Educação Especial  
Apoio individualizando à distância  
Ficha de Consentimento Informado, Esclarecido e Livre para Atos / Intervenções de Saúde <sup>(1)</sup>

**1. Elementos relativos ao requerente**

Nome completo

Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ N.º de identificação da Segurança Social

**2. Elementos relativos à pessoa examinada**

Nome completo

Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ N.º de identificação da Segurança Social

**3. Parte Declarativa do Profissional**

Diagnóstico e ou descrição da situação clínica

Descrição do ato/intervenção

Benefícios do ato/intervenção

Riscos graves do ato/intervenção

Duração da teleterapêutica – N.º de sessões

**4. Autenticação do Profissional**

Cédula profissional n.º

\_\_\_\_\_  
*(nome completo e legível)*

- Assumo que detenho as capacidades técnicas para a prestação do apoio referido.
- Confirmando que expliquei às pessoas acima indicadas, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento.
- Respondo a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão.
- Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados neste Estabelecimento de Saúde, mantendo a assistência necessária à situação de saúde que apresenta.

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
*(ano/mês/dia)*

\_\_\_\_\_  
*(Assinatura do Profissional conforme documento de identificação válido)*

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo desta Ficha. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine esta Ficha.

**5. Parte Declarativa da pessoa que consente**

Declaro:

- ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo Profissional que assina este documento.
- ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora.
- ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.

Declaro que:  concordo  não concordo com a realização do apoio individualizado através de mecanismos de teleterapêutica, conforme me foi proposto e explicado pelo Profissional..

Assim:  autorizo  não autorizo a realização do ato/intervenção indicado nas condições em que me foram explicadas e que constam desta Ficha.

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
*(ano/mês/dia)*

\_\_\_\_\_  
*(Assinatura do requerente ou da pessoa examinada ou de outrem a seu rogo, conforme documento de identificação válido)*

**(1) Adaptada do Anexo I à Norma 010/2015 da Direção Geral da Saúde.**