

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu,.....
....., RG:,
CPF:, residente e domiciliado na
cidade de /, venho por meio deste TERMO DE
CONSENTIMENTO, de maneira livre e esclarecida, sem sofrer qualquer tipo de
constrangimento ou ameaça, autorizar que meu médico
....., CRM: (.....)
use a receita médica, guia de solicitação de exames, ou frasco de
medicamentos manipulados, datada de/...../....., com o fim de
documentar denúncia que será formalizada e encaminhada pela Sociedade
Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, Regional Paraná (SBEM-PR) junto
ao Conselho Regional de Medicina do Paraná (CRM-PR).
Estou ciente de que eventualmente posso ser convocado (a) a prestar
informações a este Conselho Regional de Medicina, reservando-me, porém, o
direito de acatar ou não a esta convocação. Estou ciente de que o
comparecimento para prestar informações ao CRM-PR será um ato voluntário
da minha parte e de que não sofrerei qualquer punição, ameaça ou reprimenda
caso opte por não comparecer.

..... de..... de.....

.....
NOME COMPLETO

.....
ASSINATURA