

TERMO DE ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO (PLACENTA, CORDÃO UMBILICAL E MEMBRANAS)

Dr. Augusto César S. Sorage
Diretor Técnico Médico do Hospital
Unimed Costa do Sol
CRM - RJ 5254777-7

Unimed 
Costa do Sol

Hospital
www.unimed.coop.br/costadosol
Rua Tenente Coronel Amado, 401
27910-070 Centro, Macaé - RJ
T. (22) 2105-8008

Paciente: _____

RG: _____ CPF: _____ Leito: _____ Nº de atendimento: _____

Me responsabilizo pela retirada da placenta, ciente de que o Código Civil Brasileiro protege o direito de disposição da placenta por sua dona, conforme reza o Art. 13, a saber:

Art. 13. Salvo por exigência médica, é defeso o ato de disposição do próprio corpo, quando importar diminuição permanente da integridade física, ou contrariar os bons costumes.

Ciente de que a livre disposição da placenta não importa em diminuição permanente da integridade física (pois é um órgão que é naturalmente eliminado após o parto) e nem é atentatória aos bons costumes (pois não é imoral uma mãe querer levar a sua própria placenta para casa) e desta forma, concluímos que compete à dona do órgão placentário dispor desta parte de seu corpo da maneira que lhe convier, a menos que haja exigência médica razoável que impeça o ato.

Esclarecemos que, quanto aos pedidos relativos à coleta e armazenamento da placenta para que a parturiente a leve após o parto, informamos desde já, que este hospital não dispõe de equipamento para armazenamento da placenta ou anexos e que a parturiente deverá trazer recipiente adequado para o armazenamento do material até a efetiva alta.

Esclarecemos que eventualmente a equipe médica poderá solicitar exames específicos deste material juntamente ao Serviço de Patologia, procedimento este que autorizo que seja feito, se necessário.

Por fim, esclarecemos que qualquer comercialização do produto denominado placenta e seus anexos, tais como, as membranas e o cordão umbilical, constitui crime previsto no artigo Art. 15, da Lei 9.434/97, que proíbe a venda de tecidos e órgãos (com a pena de reclusão de 3 a 8 anos e multa de 200 a 360 dias-multa).

Ciente e devidamente esclarecida das questões acima aventadas, assina o presente termo.

Macaé/RJ, ____ / ____ / ____

Assinatura do(a) Paciente ou Responsável Legal

Assinatura, CRM e carimbo do Médico

Testemunha

Testemunha

CPF

CPF