



Clínica Horizonte
Dra. Mackenzie Davis
Clínica médica
CRM: 123456 / SP



TC26-1026-0001

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Maria Helena Duarte, declaro que recebi explicações claras sobre a punção aspirativa por agulha fina (PAAF) de nódulo da tireoide, sua finalidade, etapas, benefícios, riscos e alternativas.

O procedimento consiste na coleta de material do nódulo com agulha fina, guiada por ultrassonografia. A equipe poderá utilizar anestesia local. Durante o procedimento, devo permanecer deitada e seguir as orientações recebidas.

Os desconfortos mais comuns incluem dor leve no local, pequeno hematoma e sensibilidade ao engolir por algumas horas. Infecção, sangramento importante e lesão de estruturas próximas são incomuns, mas podem ocorrer.

Compreendo que a amostra pode ser insuficiente ou inconclusiva e que, nessa situação, poderá ser recomendada nova coleta ou outro método diagnóstico.

Fui informada de que posso fazer perguntas e solicitar esclarecimentos antes de decidir. A recusa ou retirada do consentimento não elimina meu direito a atendimento e discussão de alternativas.

Antes do procedimento, informarei à equipe sobre alergias, doenças, possibilidade de gestação e medicamentos em uso, especialmente anticoagulantes e antiagregantes. Não suspenderei medicamentos sem orientação profissional.

Após a coleta, seguirei as instruções de cuidado local. Procurarei atendimento se houver aumento importante do inchaço, sangramento persistente, febre, dor intensa ou dificuldade para respirar ou engolir.

Autorizo o registro das informações necessárias à assistência e a análise laboratorial do material coletado, respeitados o sigilo profissional e as regras aplicáveis.

Declaro que compreendi as informações acima, tive oportunidade de esclarecer dúvidas e concordo, de forma livre, com a realização do procedimento descrito.

Este consentimento não garante resultado diagnóstico específico. A conduta poderá ser

Clínica Horizonte Serviços Médicos Ltda

CNPJ: 12.345.678/0001-90

Av. Paulista, 1000 - Bela Vista - São Paulo / SP
contato@horizonte.exemplo.com.br | +55 11 3000-0000



Verificação do documento

Leia o QR code ou acesse
meureceituario.com.br/verificar
e informe o token **TC2610** e o código **TC26-1026-0001**



Clínica Horizonte
Dra. Mackenzie Davis
Clínica médica
CRM: 123456 / SP



TC26-1026-0001

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

revista conforme os achados clínicos e laboratoriais, em conversa com a equipe responsável.

Receberei informação sobre como acessar o resultado e com quem entrar em contato em caso de dúvidas após o procedimento.

Confirmo que recebi uma via deste termo e que posso solicitar cópia das informações relacionadas ao meu atendimento pelos canais da clínica.

A decisão foi tomada sem pressão. Posso revogar a autorização antes do início do procedimento, comunicando a equipe responsável.

Li (ou ouvi a leitura) deste documento e compreendi seu conteúdo. As dúvidas que apresentei foram respondidas de forma satisfatória.

Ao assinar, confirmo meu consentimento para a PAAF de nódulo da tireoide, conforme as condições clínicas e técnicas explicadas pela médica responsável.

Observações ou condições específicas discutidas com a equipe poderão ser registradas no prontuário e consideradas no planejamento do procedimento.

Se surgir informação nova que altere de modo relevante os riscos ou a conduta proposta, a equipe conversará comigo antes de prosseguir, sempre que possível.

Este termo documenta a conversa e a decisão compartilhada; não substitui as orientações verbais nem a avaliação individual realizada pela equipe de saúde.

Declaro que as informações que forneci são verdadeiras segundo meu conhecimento e que comunicarei qualquer mudança relevante antes do procedimento.

Autorizo a realização do procedimento nos termos explicados e concordo em seguir as recomendações de acompanhamento e segurança fornecidas pela equipe.

Paciente: Maria Helena Duarte. Procedimento: punção aspirativa por agulha fina de nódulo da

Clínica Horizonte Serviços Médicos Ltda

CNPJ: 12.345.678/0001-90

Av. Paulista, 1000 - Bela Vista - São Paulo / SP
contato@horizonte.exemplo.com.br | +55 11 3000-0000



Verificação do documento

Leia o QR code ou acesse
meureceituario.com.br/verificar
e informe o token **TC2610** e o código **TC26-1026-0001**



Clínica Horizonte
Dra. Mackenzie Davis
Clínica médica
CRM: 123456 / SP



TC26-1026-0001

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

tireoide, guiada por ultrassonografia.

Dra. Mackenzie Davis

CRM: 123456 / SP

Maria Helena Duarte

CPF: 123.456.789-09

Emitido em **26/10/2026 às 10h24** por **Dra. Mackenzie Davis** - CRM **123456** / SP.

Clínica Horizonte Serviços Médicos Ltda

CNPJ: 12.345.678/0001-90

Av. Paulista, 1000 - Bela Vista - São Paulo / SP
contato@horizonte.exemplo.com.br | +55 11 3000-0000



Verificação do documento

Leia o QR code ou acesse
meureceituario.com.br/verificar
e informe o token **TC2610** e o código **TC26-1026-0001**