



## Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Marília

Av. Vicente Ferreira, 828 – CEP: 17515-900 Marília – SP CNPJ: 52.049.244/0001-62

Fone: (14) 3402-5555 / Fax: (14) 3402-5559 site: [www.santacasamarilia.com.br](http://www.santacasamarilia.com.br)

### TCLER “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E RECUSA”

Para procedimentos médicos de qualquer natureza nesta Instituição  
(Resolução CFM n° 1931/2009 – Código de Ética Médica).

## RECUSA DE COLÍRIO MIDRIÁTRICO E/OU ANESTÉSICO

Declaro que fui devidamente informado(a) sobre a necessidade da utilização de colírios midriáticos (para dilatação da pupila) e/ou colírios anestésicos para a realização adequada do exame oftalmológico.

Fui esclarecido(a) de que a dilatação pupilar e/ou o uso de colírio anestésico podem ser necessários para permitir uma avaliação mais completa das estruturas oculares e para possibilitar a realização correta de determinados exames.

Fui informado(a) de que a recusa em realizar a dilatação pupilar e/ou o uso do colírio anestésico pode limitar a avaliação médica, podendo impedir a detecção de alterações ou doenças oculares importantes.

Mesmo após receber essas informações e ter tido a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas, declaro que, por decisão própria, **recuso** neste momento a utilização de:

( ) Colírio para dilatação pupilar

( ) Colírio anestésico

Declaro estar ciente de que essa decisão pode comprometer a avaliação completa dos meus olhos e isento o profissional e a instituição de responsabilidade por eventuais limitações diagnósticas decorrentes dessa recusa.

Marília, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal (grau de parentesco): \_\_\_\_\_

Nome do Médico Responsável: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico Responsável: \_\_\_\_\_