

## TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTO INVASIVO/CIRÚRGICO

<b>Paciente:</b>		
<b>Data de Nascimento:</b>	<b>Idade:</b>	<b>Sexo:</b>
<b>Nome da Mãe:</b>		

Eu, \_\_\_\_\_ (nome completo e legível), portador (a) do RG nº \_\_\_\_\_, declaro que fui informado (a) de que as avaliações e exames realizados revelaram a(s) seguinte(s) alteração (ões) e diagnóstico(s): \_\_\_\_\_

Recebi todas as informações necessárias quanto aos riscos, benefícios, alternativas de tratamento, bem como, sobre os riscos de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s).

Compreendo que, durante o(s) exame(s) e/ou procedimento(s): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, para tentar curar ou melhorar a(s) supracitada(s) condição (ões), poderá (ão) apresentar-se outra(s) situação (ões) ainda não diagnosticada(s) pelo(s) exame(s) acima referido(s), assim como, também poderá (ão) ocorrer situação (ões) imprevisível (eis) ou fortuita(s). Estou ciente de que, em procedimentos médicos invasivos, como citado, podem ocorrer complicações gerais, como sangramento, infecção, problemas cardiovasculares, respiratórios e outros: \_\_\_\_\_

Também estou ciente de que, para realizar o(s) procedimento(s) proposto(s), será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos serão indicados pelo médico anestesiológico, estando também ciente dos riscos, benefícios e alternativas.

Autorizo o médico abaixo identificado, bem como seus assistentes e/ ou outros profissionais por ele selecionados a intervir no procedimento. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

Confirmando que recebi explicações, li, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida à oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que me foram respondidas satisfatoriamente. Assim tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

<b>PACIENTE:</b>	<b>RESPONSÁVEL:</b>
<b>CPF:</b>	<b>CPF:</b>
	<b>GRAU DE PARENTESCO:</b>
<b>ASSINATURA:</b>	<b>ASSINATURA:</b>

### PREENCHIMENTO PELO CIRURGIÃO

Confirmando que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiar, o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para tratamento descrito. Acredito que o paciente/responsável entendeu o que expliquei.

<b>Médico (nome completo e legível):</b>	<b>CRM:</b>
<b>Assinatura:</b>	

A.PRONT.0001v00