

## TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Eu abaixo identificado declaro que:

1.) Fui informado pelo médico abaixo identificado de que as avaliações e exames realizados revelaram alteração(ões) e diagnóstico(s) de meu estado de saúde: \_\_\_\_\_

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

3.) 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 diagnosticadas pelo(s) exame(s) acima referido(s), assim como também poderá(ão) ocorrer situações imprevisível(eis) ou fortuitas;

4.) Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como citado, podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecção, problemas cardiovasculares e respiratórios e outros.

5.) Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) proposto, será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesista, estando também ciente dos riscos e benefícios e alternativa.

6.) **Autorizo** o médico abaixo identificado, bem como seus assistentes e/ ou outros profissionais por ele selecionado a intervir no procedimento.

7.) **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.

8.) Confirmando que recebi explicações, li, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a 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 20\_\_\_\_. Hora \_\_\_\_\_:

Paciente

Responsável

Testemunha

Nome Legível \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco \_\_\_\_\_

### PREENCHIMENTO DO MÉDICO:

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

Médico (Nome Completo) \_\_\_\_\_

CRM \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_