

• Nome (paciente): \_\_\_\_\_  
• CPF: \_\_\_\_\_  
• Data Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
• Convênio: \_\_\_\_\_  
• Plano: \_\_\_\_\_  
• Médico: \_\_\_\_\_  
• CRM: \_\_\_\_\_

**TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE PASSAGEM DE CATÉTER VENOSO CENTRAL DE LONGA PERMANÊNCIA**

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_ ( )paciente/ ( )responsável (grau de parentesco: \_\_\_\_\_), declaro ter conhecimento da necessidade de acesso venoso central de longa permanência para \_\_\_\_\_ (especificar), em caráter urgência.

Declaro estar ciente que é um procedimento médico invasivo, podendo apresentar complicações locais e sistêmicas, sendo realizado sob anestesia.

Confirmo 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.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_.

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Testemunhas:**

1) Assinatura: \_\_\_\_\_

2) Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

CPF nº: \_\_\_\_\_

CPF nº: \_\_\_\_\_

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico.

Expliquei todo o procedimento de acesso venoso central de longa permanência para o paciente/responsável acima identificado, expliquei ainda sobre os benefícios, riscos, alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou responsável, esta em condições de compreender o que lhe foi informado.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_.

Hora: \_\_\_\_\_

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ CRM/\_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_.