

## TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Declaro que:

- a) Fui informado pelo médico abaixo identificado de que as avaliações e exames realizados revelaram alteração(ões).
- b) Recebi todas as informações necessárias sobre 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).
- c) Compreendo que, durante o(s) exame(s) e/ou procedimento(s) de: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 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 fortuita(s).
- d) Estou ciente de que, em procedimentos médicos invasivos, como citado, podem ocorrer complicações gerais, como sangramento, infecção, problemas cardiovasculares e respiratórios entre outros.
- e) 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 anestesista, estando também ciente dos riscos, benefícios e alternativas.
- f) **Autorizo** o médico abaixo identificado, bem como seus assistentes e/ou outros profissionais por ele selecionados a intervir no procedimento.
- g) **Autorizo** qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia.
- h) Com relação à **transfusão de sangue**, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e coloco abaixo a minha observação:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### PACIENTE/RESPONSÁVEL

Confirmando que tive a oportunidade de fazer perguntas, recebi explicações suficientes, li, compreendo e concordo com tudo o que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer item, parágrafo, ou palavras com as quais não concordasse.

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

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

Nome legível: \_\_\_\_\_

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

Grau de parentesco do responsável: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

### TESTEMUNHA

Nome legível: \_\_\_\_\_

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

### PREENCHIMENTO DO MÉDICO

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

\_\_\_\_\_  
Nome legível, CRM e visto ou carimbo com CRM e visto