

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PROCEDIMENTO CIRÚRGICO -**

O termo descrito abaixo tem o objetivo de informar e esclarecer dúvidas quanto ao(s) exame(s)/procedimento(s) a ser(em) realizado(s), visando o cumprimento ético e legal quanto aos riscos do(s) exame(s)/procedimento(s).

Declaro que fui informado que serei submetido ao procedimento: \_\_\_\_\_

---

e que 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).

Compreendo que durante o procedimento poderá(ão) apresentar-se outra(s) situação(ões) ainda não diagnosticada(s) assim como também poderá(ão) ocorrer situações imprevisível(eis) ou fortuitas.

Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como citado, podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecção, problemas cardiovasculares e respiratórios. Autorizo o médico identificado neste termo, 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.

Confirmo que li, recebi explicações, comprehendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida 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.

**PACIENTE**      **Assinatura:** \_\_\_\_\_

**RESPONSÁVEL**

**Nome legível:** \_\_\_\_\_

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

**Grau de parentesco:** \_\_\_\_\_ **CPF** \_\_\_\_\_

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

Rua Maestro Cardim, 407 – 1º- 5º andar – Bela Vista – São Paulo – SP – 01323-000

## **Preenchimento do Médico**

Expliquei sobre o procedimento cirúrgico, assim como os benefícios, riscos e alternativas ao paciente acima identificado(a) e/ou seu responsável e respondi às perguntas formuladas pelos mesmos. Sob meu ponto de vista, o(a) paciente e/ou seu responsável está em condições de compreender o que lhes foi transmitido.

**Médico:** \_\_\_\_\_

**CRM:** \_\_\_\_\_ **Assinatura:** \_\_\_\_\_

Paciente sem condições cognitivas para aplicação do termo de consentimento, nenhum familiar ou responsável presente e procedimento de urgência e/ou emergência.