



TERMO DE ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO/CLÍNICO

Por este instrumento, eu (nome completo) _____,
(estado civil) _____, (profissão) _____, portador da cédula de identidade
RG nº _____ e do CPF nº _____ residente e domiciliado (a)
na _____ ou meu responsável
(nome completo) _____, (estado civil) _____,
(profissão) _____, portador da cédula de identidade RG nº _____ e do
CPF nº _____ residente e domiciliado(a) na _____.

DECLARO QUE:

1. Fui informado pelo médico de que as avaliações e os exames realizados revelaram a(s) seguinte(s) alteração(ões) de meu estado de saúde: _____ e, que será(ão) necessário(s) realizar(em) o(s) seguinte(s) procedimento(s): _____.
2. Recebi as explicações necessárias quanto aos riscos, benefícios, alternativas de tratamento, inclusive no que diz respeito a possibilidade do(s) procedimento(s) não surtir(em) o(s) efeito(s) esperado(s).

Ciente e **AUTORIZO:**

3. O(A) médico(a) (nome e CRM) _____, a realizar o(s) procedimento(s) descrito(s) no item 1 e permito que utilize o seu julgamento técnico para que sejam alcançado(s) os melhor(es) resultado(s) possível(is) através de todos os recursos disponíveis em nossa instituição.
4. A realização de qual(is)quer outro(s) procedimento(s), exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
5. O(A) médico(a) supra identificado(a) a buscar a participação de outro(s) profissional(is) de acordo com a necessidade e o seu julgamento profissional.
6. Que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento, diagnóstico ou tratamento.

CONFIRMO, por fim, que li, recebi explicações, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que estou ciente que me foi dado a oportunidade de expressar acerca de pontos com os quais não concordasse.

São Paulo, _____ de _____ de 20_____.

NOME COMPLETO E ASSINATURA DO PACIENTE E/OU DO RESPONSÁVEL
(no caso do responsável - informar o número do RG)

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO MÉDICO

Declaro que expliquei o(s) procedimento(s), exame(s), tratamento(s) e/ou cirurgia(s) a que o(a) paciente acima referido(a) será(ão) submetido(s), ao próprio paciente e/ou seu responsável, informando sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelo mesmo. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico e CRM: _____

Assinatura: _____