



Reg. _____ Quarto _____ Leito _____
 Paciente _____

 Convênio _____

Assinale a Lateralidade

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: _____

Declarante:

Nome: _____ Idade: _____ Identidade Nº _____ Órgão expedidor _____

Obs.: No caso do declarante não ser o paciente, preencher os dados do paciente no espaço abaixo.

Paciente:

Nome Completo do Paciente: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Identidade Nº _____ Órgão expedidor _____

Declaração do paciente:

1. Declaro que o Dr(a). _____ CRM/CRO nº. _____, informou-me que, tendo em vista o diagnóstico (ou suspeita diagnóstica) de _____, será conveniente e indicado o procedimento cirúrgico acima especificado.

2. A proposta do procedimento que será realizado e seus benefícios me foram claramente explicados, assim como os riscos e complicações potenciais, especialmente as seguintes: _____

_____ Tive a oportunidade de fazer perguntas, e quando as fiz, obtive respostas de maneira adequada e satisfatória. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos e que esta declaração não contém **todas** as complicações e riscos conhecidos e possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas apenas as mais freqüentes.

3. Autorizo a equipe médica a realizar, em caso de necessidade ou diante de um achado inesperado, qualquer procedimento adicional que vise meu benefício, controle ou cura dessa ou de outra patologia, inclusive transfusão de sangue ou hemoderivados.

4. Fui esclarecido que para a realização da cirurgia serei submetido a procedimento anestésico e serão necessários materiais: _____ além de outros que por ventura sejam necessários no momento do ato cirúrgico.

5. Autorizo a realização de fotos e/ou vídeos para documentação, que poderão ser utilizados com finalidades administrativas, obedecendo-se os critérios de confidencialidade em sigilo impostos por legislação vigente.

6. Assim, declaro agora que estou satisfeito(a) com as informações recebidas e que compreendo o alcance e riscos do procedimento. Desta maneira, e nestas condições, dou o meu consentimento para que o mesmo seja realizado.

7. Também entendi que a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar este consentimento, antes que o procedimento se realize.

Santo André, _____ de _____ de _____ Hora: _____:_____

 (Paciente) ou (Responsável/Representante legal)

 Testemunha

 Testemunha

MÉDICO RESPONSÁVEL (em situação de Emergência, dois médicos deverão assinar).

() Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima.

() Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de situação de **emergência**.

Santo André, _____ de _____ de _____ Hora: _____:_____

 Médico/Odontólogo (CRM/CRO)

 Médico/Odontólogo (CRM/CRO)

Revogação: S.A. ____/____/____ Hora: _____:_____

 Paciente ou Responsável/ Representante Legal