

**PACIENTE:**

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

Identidade N°: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_

Obs.: No caso de impossibilidade do paciente assinar, preencher os dados do Representante ou Responsável Legal.

**REPRESENTANTE / RESPONSÁVEL LEGAL:**

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

Identidade N°: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_ Grau de Relacionamento: \_\_\_\_\_

I – Declaro ter conhecimento das avaliações clínicas e exames complementares pessoais realizados, além de ter recebido as informações sobre benefícios, riscos e alternativas de tratamento, assim como da necessidade do uso da utilização de fármacos, inclusive anestésicos, essenciais às intervenções cirúrgicas e terapêuticas sugeridas. Sou conhecedor ainda da urgência do procedimento invasivo/cirúrgico e de suas implicações.

II – Autorizo ao médico \_\_\_\_\_ CREMEPE: \_\_\_\_\_ a realizar o procedimento \_\_\_\_\_ e demais procedimentos adicionais necessários, segundo o julgamento técnico-médico, mesmo diante da ocorrência de situações não diagnosticadas no pré-operatório, assim como a realização de filmagens ou fotos para documentação científica, ciente de que serão empregados os mais modernos recursos disponíveis para o melhor dos tratamentos da patologia diagnosticada inicialmente como: HD: \_\_\_\_\_.

III – Estendo esta autorização aos assistentes e profissionais da área de saúde, selecionados pelo médico assistente, para os diversos procedimentos adicionais necessários ao tratamento adequado da patologia diagnosticada.

IV – Estou ciente de que, durante o procedimento indicado, poderão ocorrer problemas locais como: sangramento, infecção, lesões de vasos, vísceras ou outras estruturas anatômicas, assim como alterações gerais como: distúrbios ou disfunções cardíacas, respiratórias, renais, nefrológicas, neurológicas, hematológicas, hepáticas, gastrointestinais, urinárias, vasculares (inclusive tromboembolismo), infecção generalizada (Sepse) ou reação adversa a drogas que podem, inclusive, levar ao óbito.

V – Reservo-me o direito de revogar, a qualquer tempo, este “Termo de Consentimento”.

Olinda, \_\_\_\_\_ 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 se tratar de situação de EMERGÊNCIA.**

Elaborador:	DR. MARCO CESÁRIO		
Aprovador:	DR. GUTEMBERG GUERRA		
Homologador:	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Data da Emissão:	31/01/2013	Revisão:	00
		Data da Revisão:	31/01/2015

Olinda, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Médico CRM N°

\_\_\_\_\_  
Médico CRM N°

**REVOGAÇÃO:**

Olinda, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_

Responsável legal: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Paciente) ou (Responsável / Representante Legal)

Elaborador:	DR. MARCO CESÁRIO	
Aprovador:	DR. GUTEMBERG GUERRA	
Homologador:	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE	
Data da Emissão: 31/01/2013	Revisão: 00	Data da Revisão: 31/01/2015