
	FORMULÁRIO / BLOCO CIRÚRGICO				
	Vigência 05/02/2028	Revisão 03	Código: HSCA.BLC.FOR.018	Página 1 de 2	
TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTOS INVASIVOS					

NOME: _____
 NOME SOCIAL: _____
 RESPONSÁVEL: _____
 DATA NASC. ____/____/____
 CONVÊNIO: _____ ATENDIMENTO: _____

Autorizo a realização do(s) procedimento(s) invasivos e/ou cirúrgicos

Descrição cirúrgica: _____

Riscos cirúrgicos: _____

Benefícios: _____



Indicado pelo(a) Dr.(a) abaixo mencionado(a) e sua equipe, médicos(as) credenciados(as) no Hospital São Carlos.

Declaro que fui previamente e adequadamente informado(a) sobre o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que serei submetido(a), quanto a indicações, benefícios, riscos, potenciais complicações e/ou efeitos adversos e colaterais, bem como sobre alternativas de tratamento. Na ocasião, tive a oportunidade de esclarecer todos os pontos e dúvidas existentes, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que a medicina não é uma ciência exata e que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

Autorizo, ainda, a realização de quaisquer outros procedimentos, exames, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes dos inicialmente propostos.

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 e explicados oportunamente pelo(a) médico(a) anestesista.

Estou ciente de que, para minha segurança, não posso realizar o(s) procedimento(s) proposto(s) utilizando adornos (brincos, piercings, colares, pulseiras, relógio, anéis e alianças), maquiagem, cílios postiços, aplique de cabelo, unhas pintadas, óculos ou lentes de contato.

	FORMULÁRIO / BLOCO CIRÚRGICO				
	Vigência 05/02/2028	Revisão 03	Código: HSCA.BLC.FOR.018	Página 2 de 2	
TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTOS INVASIVOS					

Declaro que fui informado e meu consentimento foi obtido antes da realização do procedimento invasivo.

Deve ser preenchido pelo paciente

Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade para anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais eu não concordasse.

☐ Paciente ☐ Responsável

Nome: _____ Identidade nº: _____

Grau de parentesco: _____ Assinatura: _____

Data: ____/____/____ Hora: ____:____

Deve ser preenchido pelo médico

☐ Declaro que expliquei ao(à) próprio(a) paciente e/ou responsável todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o(a) paciente acima referido(a) estará sujeito(a), sobre indicação, benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por estes. De acordo com o meu entendimento, o(a) paciente e/ou responsável está em condições de compreender o que lhe foi informado.

☐ Não foi possível obter o consentimento por se tratar de emergência

Nome do Médico: _____

CRM: _____

Assinatura: _____