

REDE D'OR	FORMULÁRIO / BLOCO CIRÚRGICO				SÃO CARLOS HOSPITAL
	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 existe 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, aplicação de cabelo, unhas pintadas, óculos ou lentes de contato.

REDE D'OR	FORMULÁRIO / BLOCO CIRÚRGICO				SÃO CARLOS HOSPITAL
	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, comprehendi 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: \_\_\_\_\_

---