

	PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA Nome _____ Data de Nascimento ____/____/____ Idade _____ Convênio _____ Registro _____ Leito _____	
--	--	--

Autorizo a realização do(s) procedimento(s) invasivo(s) e/ou cirúrgico(s) (não utilizar siglas ou abreviaturas):

Autorizo a realização do(s) procedimento(s) invasivo(s) e/ou cirúrgico(s) (não utilizar siglas ou abreviaturas) indicado(s) pelo(a) Dr.(a) abaixo mencionado(a) e sua equipe, médicos credenciados(as) na instituição:

Demarcação de sítio cirúrgico (se aplicável):

Lateralidade* ☐ Direita ☐ Esquerda ☐ Bilateral ☐ Não se Aplica

☐ Múltiplas Estruturas: Descrever: _____ ☐ Múltiplos Níveis: ☐ Cervical ☐ Torácico ☐ Lombossacra

**Em caso de marcação de mais de um sítio cirúrgico, a lateralidade correspondente de cada estrutura deverá ser descrita na identificação do(s) procedimento(s).*

Objetivo, descrição e benefícios: Declaro que fui prévia e adequadamente informado(a), em linguagem clara, acessível e compatível com meu nível de compreensão, sobre o(s) procedimento(s), exame(s), tratamento(s) e/ou cirurgia(s) a que serei submetido(a), incluindo suas indicações, objetivos, benefícios esperados, riscos, possíveis complicações, efeitos adversos e alternativas terapêuticas, inclusive a possibilidade de não realização do procedimento e as consequências clínicas dessa decisão, conforme avaliação da minha condição de saúde, que me foi devidamente explicada. Tive oportunidade e tempo suficiente para formular perguntas, esclarecer todas as minhas dúvidas, que foram respondidas de forma satisfatória, permitindo minha participação na tomada de decisão sobre o tratamento proposto. Compreendo que, embora o procedimento proposto tenha indicação clínica e seja realizado de acordo com as boas práticas assistenciais e os conhecimentos científicos disponíveis, seus resultados podem variar de acordo com as características individuais de cada paciente, não sendo possível garantir um resultado específico ou o sucesso terapêutico esperado. Os benefícios desse(s) procedimento(s) cirúrgico(s) e invasivo(s) incluem, mas não se limitam a:

- | | |
|--|---|
| ☐ Melhoria na função ou recuperação de uma função comprometida | ☐ Alívio da dor ou desconforto |
| ☐ Prevenção da progressão de doença | ☐ Melhoria da qualidade de vida e bem-estar geral |
| ☐ Possibilidade de uma melhor resposta a tratamentos subsequentes | ☐ Melhoria da aparência física (cirurgia estética) |
| ☐ Outros. Descrever: _____ | |

Autorizo, ainda, a realização de procedimentos, exames, tratamentos ou cirurgias adicionais que não tenham sido inicialmente previstos, somente quando, durante a realização do procedimento proposto, surgirem situações clínicas imprevistas que representem risco à minha vida, à preservação de órgão ou função, ou possam resultar em agravamento significativo da minha condição clínica, e não seja possível obter novo consentimento em tempo oportuno. Essa autorização inclui, quando clinicamente indicada, a transfusão de sangue e de hemocomponentes ou hemoderivados, conforme avaliação da equipe assistencial. Estou ciente de que a realização do(s) procedimento(s) proposto(s) poderá exigir anestesia e/ou analgesia. Fui informado(a) de que serei avaliado(a) pelo(a) médico(a) anesthesiologista, que prestará esclarecimentos sobre a técnica anestésica proposta, seus benefícios, riscos, alternativas e possíveis complicações, sendo obtido consentimento específico para o procedimento anestésico, quando aplicável. Fui informado(a) sobre meu direito de buscar segunda opinião médica antes da realização do procedimento, quando clinicamente possível.

Riscos: Estou ciente de que todo procedimento invasivo ou cirúrgico envolve riscos e possíveis complicações, que variam conforme o procedimento proposto e minhas condições clínicas. Fui informado(a) sobre os principais riscos, benefícios, alternativas terapêuticas e possíveis eventos adversos, tendo tido a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas. Entre os riscos gerais, quando aplicáveis, incluem-se dor, náuseas e vômitos, sangramento, infecção, alterações da pressão arterial, arritmias, trombose, alterações de sensibilidade, dificuldade de cicatrização, necessidade de reoperação e outras complicações inerentes ao procedimento. Em situações excepcionais, podem ocorrer complicações graves, incluindo óbito. Os riscos específicos relacionados ao meu procedimento, quando aplicáveis, estão descritos a seguir: _____ ☐ Não aplicável

Fui informado(a) que a dor pode ocorrer após o procedimento realizado e que as medidas para seu controle estarão disponíveis sempre que necessário e compreendi a importância de comunicar a equipe do cuidado sobre a ocorrência de dor.

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, cílios postiços, aplique de cabelo, unhas postiças, óculos, lentes de contato), maquiagem, próteses dentárias móveis ou fixas.

Transporte de amostras de material biológico: Declaro que fui informado(a) de que a eventual amostra do material biológico coletado para exame anatomopatológico, citopatológico ou patologia molecular, será encaminhada, por indicação do(a) médico(a) assistente, para o laboratório de Anatomia Patológica Rede D'Or vinculado aos estabelecimentos abaixo e seus laboratórios de apoio: São Paulo - Rua das Perobas, 266 - 1º sub; Jabaquara - São Paulo/SP; Bahia - Av. São Rafael, 2152; São Marcos - Salvador/BA; Rio de Janeiro - Rua Almirante Baltazar, 435; São Cristóvão - Rio de Janeiro/RJ. Fui esclarecido(a) sobre os cuidados tomados pelo estabelecimento para o manuseio, acondicionamento e transporte para conservação do material biológico até a sua entrada no laboratório de Patologia, em conformidade com o disposto na Resolução CFM nº 2169/2017. Fui esclarecido(a) que poderia optar por pessoalmente encaminhar/transportar a amostra para realização do exame em outro laboratório da minha confiança. Autorizo a transmissão das imagens das lâminas geradas do meu material biológico para fins de análise e diagnóstico a distância, conforme determinação do parágrafo único do artigo 3º da Resolução do CFM 2264/2019, que define e disciplina a telepatologia como forma de prestação de serviços de anatomopatologia mediados por tecnologias. Estou ciente de que o laudo anatomopatológico é documento de interconsulta médica, dirigido ao(à) médico(a) requisitante, e que a comunicação de diagnósticos é um ato médico e que o fluxo tecnicamente mais adequado é aquele em que o laudo é disponibilizado ao(à) médico(a) assistente, que o integra ao contexto clínico e comunica o resultado ao paciente, conforme Resolução CFM 21/2026.

Dados pessoais: Tenho ciência de que a Rede D'Or promove o tratamento dos meus dados pessoais e dados pessoais sensíveis em conformidade com a Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados) e adota medidas de segurança adequadas. Fui devidamente orientado(a) e incentivado(a) a acessar <https://rededorsaoluiz.com.br/o-grupo/privacidade> para obter acesso ao conteúdo integral da Política de Privacidade da Rede D'Or.

Revogação de consentimento: Fui informado(a) de que tenho o direito de aceitar ou recusar o procedimento, bem como de revogar este consentimento a qualquer momento antes do início do procedimento, após ter sido esclarecido(a) sobre as possíveis consequências clínicas dessa decisão.

Declaro que fui orientado(a) quanto a riscos, benefícios, probabilidade de sucesso, possíveis resultados da falta de tratamento e alternativas cirúrgicas, ou não, para o tratamento de minha condição. Meu consentimento foi obtido antes da realização do procedimento invasivo.

Deve ser preenchido pelo(a) paciente

Confirmo que recebi explicações, li e compreendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade para esclarecer todas as dúvidas antes do procedimento cirúrgico.

☐ Paciente ☐ Responsável ou Representante Legal*

Nome completo* _____

Identidade nº* _____ Grau de parentesco _____

Data ____/____/____ Hora ____:____ Assinatura* _____

Deve ser preenchido pelo(a) médico(a)

☐ Declaro que expliquei ao(à) próprio(a) paciente e/ou responsável todo o procedimento, exame e/ou cirurgia a que o(a) paciente acima referido(a) está sujeito(a), sobre indicação, benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. 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 a coleta deste consentimento, por se tratar de situação de **Emergência**.

Nome do(a) Médico(a) _____

CRM _____

Data ____/____/____ Hora ____:____ Carimbo / Assinatura _____

Revogação de Consentimento à Realização do Procedimento Cirúrgico

Revogo o consentimento dado neste Termo e não mais autorizo o Hospital Vila Nova Star a realizar o Procedimento Cirúrgico.

Nome do(a) Paciente/Representante Legal _____

CPF/ME _____

Data ____/____/____ Hora ____:____ Assinatura _____