

## Termo de Ciência e Consentimento para Procedimentos Invasivos e Cirurgias

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

**Setor:** \_\_\_\_\_ **Leito:** \_\_\_\_\_ **Prontuário:** \_\_\_\_\_

**Médico:** \_\_\_\_\_

Autorizo a realização do(s) seguinte(s) procedimento(s) invasivo(s) e/ou cirurgia(s):

Indicado pelo Dr.(a) abaixo mencionado (a) e sua equipe, médicos (a) credenciados (a) no Hospital Vivalle:

1. A proposta do procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que serei submetido (a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram explicadas claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
2. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
3. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.
4. Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dada oportunidade para anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse.

**Paciente**

**Responsável**

Nome legível: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Identidade N.º: \_\_\_\_\_

São José dos Campos \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

### ***Deve ser preenchido pelo médico***

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_

***Termo de acompanhante do paciente submetido a procedimentos ambulatoriais***

Eu, \_\_\_\_\_ Identidade n.º \_\_\_\_\_  
responsabilizo-me por acompanhar o paciente acima após o procedimento cirúrgico ambulatorial realizado  
no Hospital Vivalle, até sua residência.

São José dos Campos \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_