

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

Nome do Paciente:	
Data de Nascimento:	Nº da Internação:

Eu, abaixo assinado, declaro que fui suficientemente esclarecido pelo Dr.(a) \_\_\_\_\_ sobre o procedimento a que vou ser submetido (a), o qual desde já resta autorizado, nos termos do art. 39, inciso VI, do Código de Defesa do Consumidor.

Nome do Procedimento: \_\_\_\_\_

Lateralidade (se aplicável) ( ) Direito ( ) Esquerdo ( ) Bilateral

Fui informado pelo meu médico (a) sobre o diagnóstico, prognóstico, objetivos do tratamento cirúrgico, principais riscos, benefícios, probabilidades de sucesso e alternativas existentes ao procedimento proposto.

Fui também orientado (a) sobre a possibilidade de intercorrências ou complicações antes, durante ou após a realização do procedimento a que vou ser submetido, pois em qualquer procedimento invasivo e/ou cirurgia existe risco de acontecer situações imprevistas e contratempos tais como: hemorragias, complicações cardiovasculares, infecções, choque anafilático, trombose venosa, limitação funcional, cicatrizes, entre outros, tais como:

---

---

---

É possível que durante o procedimento seja necessária a realização de biópsia e o material coletado ser submetido a uma análise anatomopatológica, sendo seu respectivo custo objeto de acerto à parte, exceto em caso de atendimento ao SUS ou por cobertura do seu convênio. O hospital encaminhará a amostra para o laboratório cadastrado, sendo o transporte realizado de acordo com o estabelecido na legislação vigente.

Declaro, ainda, que fui informado sobre os cuidados, bem como sobre os possíveis problemas relativos à recuperação e resultados da minha recusa em seguir o tratamento proposto.

Declaro ainda que todas as dúvidas e questionamentos sobre o tratamento que serei submetido foram esclarecidos pelo meu médico de acordo com o disposto nos artigos 22 e 34 do Código de Ética Médica e no artigo 9º do Código de Defesa do Consumidor, e estou ciente que posso solicitar esclarecimentos pertinentes aos procedimentos em qualquer fase do tratamento.

Pelo presente, confirmo que recebi explicações, li, compreendi e declaro expressamente minha concordância e meu consentimento para a realização do procedimento acima descrito, bem como para o eventual transporte de amostra coletada para análise anatomopatológica, se necessário, estando desta forma também atendida a exigência contida no art. 39, inciso VI, do Código de Defesa do Consumidor.

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

Sapiranga, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Nome completo do Paciente ou Responsável***:	
Assinatura:	CPF:

\*\*\*Quando o paciente for menor de 18 anos, possuir responsável legal ou não estiver em condições de discernir e/ou assinar este documento.

Campo abaixo para uso do **Médico responsável** pela aplicação do termo de consentimento informado:

Confirmando que expliquei o diagnóstico e 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. De acordo com meu entendimento, paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Assinatura e carimbo do médico:

### TERMO DE ACOMPANHANTE DO PACIENTE SUBMETIDO A PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS

Nome do acompanhante:	CPF:
-----------------------	------

Eu declaro que recebi e entendi as orientações quanto aos cuidados pós-procedimento cirúrgico e responsabilizo-me por acompanhar o paciente acima após o tratamento realizado no Hospital Sapiranga.

Sapiranga, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Assinatura do acompanhante:	Hora: _____: _____
-----------------------------	--------------------