

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA**  
 **PROCEDIMENTO CIRÚRGICO**                       **TRATAMENTO CLÍNICO**



Este documento deve ser preenchido e assinado pelo médico responsável pela realização do procedimento e pelo paciente ou responsável legal, após concordância com as informações e esclarecimentos prestados.

**Colar aqui etiqueta**

**Quando preenchimento externo – preencher dados abaixo:**  
Nome: \_\_\_\_\_

Unidade:  Laranjeiras     Barra  
Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Para Recepção Perinatal:**  
**Quando preenchimento externo – acrescentar etiqueta**  
*Quando preenchimento interno (impressão do formulário pelo Tasy) – identificação impressa (nome completo, data de nascimento e número do prontuário).*

**Procedimento:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Riscos e complicações potenciais individuais:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Declaro que fui informado(a) que serei submetido(a) ao procedimento cirúrgico/clínico proposto e especificado acima e que os seus benefícios, riscos e complicações potenciais me foram claramente esclarecidos. Tive a oportunidade de fazer perguntas, para as quais obtive respostas claras e satisfatórias.

Declaro, ainda, que nada omiti em relação a minha saúde (medicamentos utilizados, história prévia de alergias, doenças, cirurgias e anestesia anteriores, etc.). Informo que tenho ciência de que procedimentos caracterizados como urgência / emergência que venham a correr em decorrência de complicações do procedimento cirúrgico/clínico ao qual serei submetido(a) deverão ser realizados a critério médico e sua realização estão, desde já, autorizada.

Sendo assim, declaro que estou satisfeito (a) com as informações recebidas, que compreendo o alcance e riscos do procedimento acima descrito e que, nestas condições, dou o meu consentimento para que o mesmo seja realizado.

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

Também entendi que, a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar o consentimento que agora presto.

Paciente     Responsável legal

Nome legível do responsável legal: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_ Identidade nº: \_\_\_\_\_

**Declaro que não autorizo o procedimento (s) e ou cirurgia (s) proposta, estando ciente dos riscos da minha decisão.**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_  
Data    Hora    Assinatura

TESTEMUNHA: \_\_\_\_\_

**DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO (A)**

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

Nome do médico (a) \_\_\_\_\_

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

**PARA SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA - Firmada por 02 (dois) médicos da equipe que assiste o paciente**

Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por se tratar de situação emergencial para o paciente, situação caracterizada nem seu prontuário.

\_\_\_\_\_  
Carimbo e assinatura

\_\_\_\_\_  
Carimbo e assinatura

Assinatura do paciente ou responsável \_\_\_\_\_  
Revogação deste consentimento: \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas e \_\_\_\_\_ minutos