

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO AMBULATORIAL

Nome do Médico: _____ CRM: _____

Unidade de Saúde onde se realiza o procedimento: _____

Identificação do Paciente:

Nome: _____ Idade: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

CPF: _____ RG: _____

Identificação do Responsável: (No caso de paciente menor de idade, incapacitado do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado).

Nome: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

CPF: _____ RG: _____

Considerando o art. 59 do código de Ética Médica e os artigos 6º III e 39º VI da Lei 8.078/90 do Código de Defesa do Consumidor, que garantem ao paciente a plena informação sobre seu estado de saúde, eu, acima identificado(a), em pleno gozo de minhas faculdades mentais, AUTORIZO o(a) médico(a) supracitado(a) e os demais médicos vinculados à minha assistência, a realizar o(s) seguinte(s) procedimento(s) cirúrgico(s): _____

Pelo presente instrumento, declaro que fui suficientemente esclarecido(a) pelo(a) médico(a) supracitado(a) a respeito do(s) procedimento(s) acima indicado(s) a que vou submeter-me ou a que será submetido(a) o(a) paciente do qual sou responsável legal, bem como do diagnóstico, prognóstico, objetivos do tratamento e riscos, tais como sangramentos, infecções e outras complicações mais raras e complexas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, as quais foram respondidas satisfatoriamente, em linguagem compreensível, permitindo o meu adequado entendimento.

Se, durante o procedimento, o(a) médico(a) assistente tomar conhecimento de condições que, até o presente momento, não eram aparentes, consinto na realização de procedimento diverso e ou adicional que seja considerado necessário ou apropriado para tratar, curar ou diagnosticar as referidas condições.

Declaro também que fui informado(a) de todos os cuidados e orientações que devo seguir a fim de alcançar o melhor resultado. Estou ciente que o tratamento não se limita ao(s) procedimento(s) relacionado(s) acima, sendo que deverei retornar ao consultório nos dias determinados pelo(a) médico(a), bem como informá-lo(a), imediatamente, sobre possíveis alterações/problemas que porventura possam surgir e que possam estar associados ao(s) procedimento(s) realizado(s).

Assim, se a evolução do quadro de saúde representar riscos à vida do paciente, estou ciente de que serão adotados os procedimentos médicos e hospitalares recomendáveis e necessários, ficando estes desde já autorizados.

Certifico que li este termo, ou que o mesmo me foi explicado, tendo sido esclarecido pelo meu médico assistente e sua equipe inclusive a possibilidade de sua revogação. Pleno deste entendimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

_____, _____ / _____ / _____, às _____ horas e _____ minutos.
(Local)

Assinatura do paciente ou responsável

Carimbo e assinatura do Médico responsável

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura

Assinatura do paciente ou responsável _____ minutos. _____ horas e _____ minutos. _____, _____ / _____ / _____, às _____ horas e _____ minutos. _____ (Local)
Revogação deste consentimento: