



## TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA PROCEDIMENTOS INVASIVOS E CIRURGIAS - CONSENTIMENTO INFORMADO

Autorizo o Dr. \_\_\_\_\_

a efetuar a seguinte cirurgia (tratamento, procedimento ou exame): **(NOME DO PROCEDIMENTO NAS SUAS PALAVRAS)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Declaro ter recebido do médico assistente todas as explicações necessárias quanto aos riscos, benefícios e alternativas de tratamento e que houve tempo adequado para o esclarecimento de minhas dúvidas. Declaro, também, estar devidamente informado dos riscos do referido procedimento, bem como do surgimento de complicações inerentes ao quadro clínico, sejam as complicações no presente ou futuro. Reconheço que toda cirurgia implica em riscos.

Se, durante o procedimento, o médico 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.

Em face dos esclarecimentos prestados, e após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, declaro-me ciente da necessidade do procedimento a ser adotado por motivo de problema em minha saúde. Assim, ciente inclusive das limitações do procedimento, informo meu CONSENTIMENTO para sua realização, extensivo à equipe do profissional referido e declaro, inclusive, que estou ciente de que não há garantia de cura.

**Data:**

**Hora:**

Nome e assinatura do paciente: (QUEM ASSINA É O PACIENTE)

\_\_\_\_\_

Identidade: \_\_\_\_\_

C.P.F.: \_\_\_\_\_

**Nome e assinatura do responsável legal no caso de paciente menor, ou paciente que não tenha condições de assinar o documento:**

Nome e assinatura: \_\_\_\_\_

Identidade: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

**Testemunha: (Devidamente qualificada)**

Nome e assinatura: \_\_\_\_\_

Identidade: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

**A SER PREENCHIDO e ASSINADO PELO MÉDICO ASSISTENTE:**

Nome, assinatura e carimbo: \_\_\_\_\_

Identidade: \_\_\_\_\_ CRM MG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

**ANESTESIA**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Paciente:

Declarante: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO ANESTÉSICO**

O presente termo tem o dever ético de comprovar as informações prestadas ao paciente e/ou responsável pelo médico anesthesiologista dos principais aspectos relacionados ao procedimento anestésico ao(s) qual(is) será submetido.

**DEVE SER PREENCHIDO PELO PACIENTE**

Autorizo o (a) Dr. (a)

Ou outro anesthesiologista por ele indicado a realizar o procedimento anestésico ou outros que considere necessários frente a situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos, inclusive transfusão de sangue.

A proposta do procedimento anestésico a que serei submetido(a), seus benefícios, riscos inerentes, complicações potenciais e alternativas me foram explicadas claramente.

Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente e de receber esclarecimentos necessários a minha compreensão dos aspectos ligados ao ato anestésico ao qual serei submetido.

Declaro que nada omiti em relação à minha saúde e hábitos nas informações que forneci e que foram transcritas para ficha de avaliação pré-anestésica.

Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, que o anesthesiologista exerce atividade de meio, mas, que o mesmo obriga-se a prestar seus serviços com zelo e diligência, utilizando todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no hospital, em busca dos melhores objetivos possíveis.

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi dada a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse. A presente declaração foi lida e compreendida em todos os seus termos.

**RISCOS ADICIONAIS ESPECÍFICOS DO PACIENTE**

---

---

---

**PACIENTE / RESPONSÁVEL:**

NOME:

GRAU DE PARENTESCO:

DOCUMENTO IDENTIDADE:

ASSINATURA:

**DEVE SER PREENCHIDO PELO ANESTESIOLOGISTA:**

Expliquei o procedimento anestésico ao paciente acima identificado e/ou responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelo(s) mesmo(s). De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável está em condições de compreender o que lhe foi informado.

NOME MÉDICO ANESTESIOLOGISTA: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

Juiz de Fora,

\_\_\_\_\_  
Paciente

\_\_\_\_\_  
Testemunhas

\_\_\_\_\_  
Assinatura