



Termo de Consentimento Informado para
Procedimento Cirúrgico

Código: FO. CC. 002

Revisão: 01

Página 1 de 2

O presente Termo de Consentimento Informado tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento cirúrgico ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de profissionais e prestadores de serviços do Hospital Nossa Senhora Auxiliadora.

Nome do Responsável: _____

RG: _____

Nome do Paciente: _____

Data de nascimento: _____ RG: _____

Procedimento Cirúrgico: _____

Data da realização: ____/____/____

Fui informado que as avaliações e exames realizados revelaram alterações e diagnósticos de meu estado de saúde, com indicação de realização do procedimento cirúrgico descrito acima.

Recebi todas as informações necessárias quanto aos riscos, benefícios e alternativas do procedimento proposto. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente.

Compreendo que durante o procedimento poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas, assim como poderão ocorrer situações imprevisíveis. Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como o proposto, podem ocorrer complicações gerais, inclusive risco de morte.

Estou ciente de que, para realizar o procedimento proposto, será necessário o emprego da anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos serão indicados pelo médico anestesista, estando também ciente dos riscos e benefícios e possível alternativa.

Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue ou hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.


Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente possa ser encaminhado para exames histopatológicos ou microbiológicos pertinentes.

Declaro que fui informado(a) de que qualquer amostra de material biológico eventualmente coletado para exame anatomopatológico será encaminhada, para laboratório de Patologia, contratualmente vinculado ao Hospital ou que poderia optar para pessoalmente encaminhar/transportar a amostra para realização do exame em outro laboratório da minha confiança, neste responsabilizando-se pelo transporte da amostra, e autorizo a entrega da amostra para realização da análise no laboratório de Patologia assinalado abaixo:

() Lab. Pat. Cit. de Andradina - Filial Três Lagoas/MS

() MR Ventura Med. Diag

() Laboratório de confiança do paciente

 Hospital AUXILIADORA	Termo de Consentimento Informado para Procedimento Cirúrgico	Código: FO. CC. 002
		Revisão: 01
		Página 2 de 2

Fui esclarecido(a) sobre os cuidados tomados pelo Hospital para o manuseio, acondicionamento e transporte para conservação do material, conforme a Resolução CFM 2.169/2017.

Fui esclarecido e amplamente informado sobre a situação atual referente a pandemia ocasionado pelo covid-19 (corona vírus), e, ainda, fui informado sobre o controle da doença, tendo o médico e sua equipe, bem como corpo clínico hospitalar, sanado todas as minhas dúvidas antes da assinatura do presente termo, e deixado claro todos os riscos e consequências sobre o contágio, tanto a mim quanto aos meus acompanhantes, visitantes. Razão pela qual me comprometo a estar em quarentena após a realização do procedimento cirúrgico em atendimento as recomendações da ANS.

Confirmo que recebi explicações, li, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido, e que me foi concedido a oportunidade de anular ou questionar qualquer parágrafo ou palavras com as quais não concordasse. Assim tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

Três Lagoas, _____ de _____ de _____.

Assinatura do paciente e/ou responsável: _____

Termo de Responsabilidade Médica

Declaro que esclareci ao paciente/responsável, sobre o procedimento cirúrgico proposto, resultados esperados, riscos, alternativas previsíveis e intercorrências inesperadas, bem como as consequências que poderão decorrer da recusa em aceitar o procedimento proposto. Respondi todas as perguntas feitas pelo paciente/responsável e acredito ter sido compreendido. Assumo a responsabilidade pela realização do procedimento cirúrgico a que será submetido.

Três Lagoas, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Médico: _____