Nome:	**Atendimento:**
Data Nascimento:	**Setor:**
Idade	**Convenio:**
Sexo:	**Dt. Entrada:**

AUTORIZO o Serviço de Anestesiologia do Hospital auxiliadora anestesiologista, a realizar o procedimento anestésico ou outros que considere necessários frente as situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos, inclusive transfusão de sangue.

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

Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, que o anestesiologista 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.

Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi dada s 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.

_____

Assinatura paciente/Responsavel

CPF (Responsável)

Deve ser preenchido pelo anestesiologista

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

Três Lagoas/MS dia _____ de _____ 202 __.

_____

Médico Anestesista

CRM