

	TERMO DE CONSENTIMENTO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO	Código: FO. INST. 024	
		Revisão: 03	05/01/2025
		Página 1 de 1	

Nome:

Data Nascimento:

Idade

Sexo:

Atendimento:

Setor:

Convenio:

Dt. Entrada:

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 contratualmente vinculado ao Hospital:

() MONTEZZO - Laboratorio Patologia Citopatologia

() MR Ventura Med. Diag

() Laboratório de confiança do paciente

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