

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA  
PROCEDIMENTOS INVASIVOS REALIZADOS NAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO E UNIDADES  
DE TERAPIA INTENSIVA**

Dados do Paciente

Paciente: _____	Setor: _____	Leito: _____
Nascimento: ____ / ____ / ____	Idade: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino

**A ser preenchido pelo paciente / responsável:**

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 Santa Mônica.

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito no RG sob o número \_\_\_\_\_ Paciente / Responsável declaro que:

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

- 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, que nesse caso será anestesia local, estando também ciente dos riscos e benefícios inerentes a este procedimento.
- Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
- Com relação a transfusão de sangue ou hemoderivados, que venham a ser necessários em situações imprevistas que possam ocorrer e demandem cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos, você autoriza?

Sim

Não

- Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente possa ser encaminhado para exames histopatológicos ou microbiológicos pertinentes.
- Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular qualquer parágrafo ou palavras com as quais não concordasse. Assim tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

**Assinatura do Paciente e/ou Responsável:** \_\_\_\_\_

Testemunhas (campo a ser preenchido na hipótese de paciente iletrado):

1. Nome: \_\_\_\_\_ Número do CPF: \_\_\_\_\_

2. Nome: \_\_\_\_\_ Número do CPF: \_\_\_\_\_

Imperatriz / MA, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**A ser preenchido pelo médico:**

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito no CRM sob o número \_\_\_\_\_ 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.

**Carimbo / Assinatura do Médico:** \_\_\_\_\_

Imperatriz/MA, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.