

**CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO**

**1. DADOS DO PACIENTE**

Nome:		CPF:	
Endereço:		Nº:	Complemento:
Bairro:		UF:	CEP:
Telefone(s):	E-mail:		
Representante legal:		CPF:	
Parentesco:			
Telefone(s):	E-mail:		

**2. TERMO DE CONSENTIMENTO**

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr. \_\_\_\_\_ e/ou seus assistentes a realizar a seguinte cirurgia: \_\_\_\_\_.

A proposta do procedimento cirúrgico a que serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram explicadas claramente. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos. Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que este procedimento é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

Toda intervenção cirúrgica, seja pela própria técnica, seja pelas condições clínicas de cada paciente (Diabetes, Cardiopatia, Hipertensão Arterial, Idade avançada, Anemia, Obesidade, entre outros), traz implícita uma série de complicações comuns e potencialmente sérias que poderão exigir tratamentos complementares, tanto clínico como cirúrgico, assim como um mínimo de percentual de mortalidade.

Estou ciente de que cirurgia a ser realizada pode necessitar de anestesia, que será avaliada pelo Serviço de Anestesia. Reconheço também que a peça extirpada poderá ser submetida a estudo anatomopatológico posterior.

Reconheço que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico e ou seus assistentes, a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo. Reservo-me expressamente o direito de revogar a qualquer momento meu consentimento antes que o procedimento objeto deste documento se realize.

Assinatura do paciente ou responsável:	
Assinatura do Médico:	
Testemunha:	RG:
Testemunha:	RG:

### 3. INFORMATIVO

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

**A assinatura deste Consentimento Pós-Informado não dispensa o médico de consignar no Prontuário Médico as informações e opções oferecidas ao paciente, suas possíveis complicações e a decisão que ele tomou livremente.**

Ponte Nova, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

### 4. REVOGAÇÃO

Revogo o consentimento prestado na data acima e afirmo que não desejo prosseguir no tratamento que me foi proposto, que dou por finalizado nesta data, estando consciente das consequências disto para a minha saúde.

Assinatura do paciente ou responsável:

Testemunha:

Ponte Nova, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

### 5. RECUSA

Eu, abaixo assinado, fui devidamente informado pelo médico responsável sobre o procedimento referido neste termo, a que devo ser submetido, seus riscos, benefícios, bem como as possíveis consequências da sua não realização.

Declaro ainda ter sido esclarecido e alertado sobre os riscos de vida e eventuais sequelas irreversíveis a que estará sujeito o paciente pela não realização do procedimento e usando dos direitos a que a lei me garante, não autorizo o tratamento indicado, assumindo pessoal e individualmente a responsabilidade pelas consequências da minha recusa.

Certifico que este formulário me foi explicado detalhadamente e que o li ou que o mesmo foi lido para mim, e que tive a oportunidade de expressão sobre os pontos com os quais não concordasse.

Assinatura do paciente ou responsável:

Assinatura do Médico:

Testemunha:

RG:

Testemunha:

RG:

Ponte Nova, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_