

Diretor Técnico: Dr. Alze Pereira
dos Santos Tavares
CRM: 53965

(Preencher os dados quando não houver etiqueta)
Nome do Paciente: _____
Data de nascimento: ____/____/____

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTOS MÉDICOS
INVASIVO-CIRÚRGICOS**

Definição: De acordo com a Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013 em vigor, procedimentos invasivos de exclusividade médica são todos aqueles que invadem orifícios e/ou cavidades corporais já existentes ou feitos cirurgicamente atingindo órgãos internos.

Declaro que:

1. É de livre e esclarecida vontade a realização do procedimento médico invasivo-cirúrgico denominado _____, que será realizada pelo (a) Dr. (a) _____, CRM Nº _____ e sua equipe.

2. Os principais riscos associados especificamente a este procedimento são _____.

3. Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como citado, podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecção, problemas cardiovasculares e respiratórios.

4. Fui esclarecido(a) pelo(a) médico(a) sobre os benefícios, alternativas de tratamento, inclusive cirúrgico, assim como acerca das contraindicações, riscos, inclusive de morte, complicações e via de acesso do procedimento médico invasivo-cirúrgico, indicado de acordo com o quadro clínico, possibilidade de reintervenção, permanência no hospital superior ao previsto e transfusão de sangue.

5. Compreendo que durante o procedimento poderá(ão) apresentar-se outra(s) situação(ões) ainda não diagnosticada(s) assim como também poderá(ão) ocorrer situações imprevisível(eis) ou fortuitas. Concordo e autorizo que o médico realize procedimentos que sejam necessários em decorrência de situações imprevisíveis ou fortuitas.

6. Fui informado (a) que poderão ocorrer infecções por várias causas decorrentes ou não do procedimento médico invasivo-cirúrgico e, que dependendo do tipo de procedimento poderá sobrevir uma cicatriz sujeita à formação de quelóide (cicatriz alta com forma de cordão, podendo gerar irritação local) ou ainda cicatrização hipertrófica, que não são estéticas e, independem da habilidade do cirurgião, visto que dependem de minhas características pessoais.

7. Fui informado(a) ainda e estou ciente que para realizar uma intervenção médica invasivo-cirúrgica será necessário o emprego de anestésico, cujos métodos, preparo (avaliação pré-operatória), as técnicas e os fármacos serão de indicação e responsabilidade exclusiva do(a) médico(a) anestesista, porém, concordo e autorizo o(a) médico(a) assistente – cirurgião(a) a suspender o procedimento invasivo-cirúrgico, em caso de intercorrência (fato adverso), por ocasião da aplicação do anestésico, que implique aumento do risco do ato médico.

8. Foi esclarecido quanto à necessidade de que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente deve ser encaminhado para exames complementares para esclarecimento diagnóstico ou tratamento, o qual autorizo desde já.

Diretor Técnico: Dr. Alze Pereira
dos Santos Tavares
CRM: 53965

(Preencher os dados quando não houver etiqueta)

Nome do Paciente: _____

Data de nascimento: ____/____/____

9. Foram observadas todas as orientações necessárias para o procedimento, bem como foram fornecidas as informações sobre o estado de saúde do(a) paciente, incluindo doenças, medicações as quais apresentou alergia, medicações em uso contínuo ou eventual, **sem nada ocultar**, tendo recebido orientação quanto à necessidade de suspensão ou manutenção dessas medicações.

10. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas de maneira satisfatória. Entendo que não existe garantia sobre os resultados e que este termo não contempla todas as complicações e riscos conhecidos e possíveis de acontecer neste procedimento/tratamento, mas apenas os mais frequentes.

11. Li, recebi esclarecimentos e de forma compreensível pelo médico assistente e equipe, incluindo o direito de revogação do consentimento dado, desde que seja feito antes do início da realização do procedimento proposto.

Desta forma, diante da compreensão do alcance dos benefícios, riscos, alternativas e pleno conhecimento do inteiro teor deste termo, **AUTORIZO** a realização do procedimento cirúrgico proposto. Afirmo ainda que o presente termo integrará o prontuário médico, na hipótese de realização do procedimento/tratamento durante a internação hospitalar.

_____, ____/____/____.

Preenchimento Obrigatório pelo Paciente ou Representante legal

Nome legível: _____ Assinatura: _____

CPF: _____ Telefone: _____

Grau de Parentesco ou vínculo: _____

(obrigatório nos casos de representação):

Preenchimento Obrigatório pelo Médico

Expliquei o procedimento ao qual o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente ou seu representante legal, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu representante legal, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Assinatura e carimbo do Médico

Testemunhas:

Nome legível: _____

Nome legível: _____

CPF: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Revogação: _____, ____/____/20____, às ____ horas e ____ minutos.

Paciente ou Representante Legal