



Preencher quando não houver etiqueta	
Nome:	
Data de Nasc:	
Cód.:	Leito:
Conv.:	

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA CIRURGIA E PROCEDIMENTOS MÉDICOS INVASIVOS

Autorizo a realização do(s) seguinte(s) procedimento(s) invasivo(s) e/ou cirurgia(s):

.....
.....

Indicado(s) pelo Dr.(a) abaixo mencionado (a) e sua equipe, médicos (a) cadastrados (a) no HOSPITAL ALIANÇA.

1. A proposta do procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que serei submetido (a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram explicadas claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
2. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
3. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.

Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade para anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse.

Paciente Responsável

Nome Legível:.....

Grau de Parentesco:.....

Identidade nº:.....

Salvador, de 20..... Hora:

Assinatura:.....

Deve ser preenchido pelo médico:

Confirmo que expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente, e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhe foi informado.

Salvador, de 20..... Hora:

Nome:..... Ass:.....CRM:.....