

## DADOS DO PACIENTE

Paciente: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

## TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA PROCEDIMENTOS INVASIVOS E CIRURGIAS

Eu \_\_\_\_\_ RG-Nº \_\_\_\_\_,

responsável pelo paciente: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_.

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

**No caso de envolver lateralidade, especificar:** ( ) Direito; ( ) Esquerdo; ( ) Bilateral.

**Casos em que não é possível limitar sítio cirúrgico:** ( ) Procedimentos na face; ( ) Procedimentos de emergência onde haja risco de morte ou perda do órgão; ( ) Paciente prematuro e/ou com idade inferior a 30 dias.

No(a) paciente: \_\_\_\_\_

Indicado(s) pelo médico/dentista abaixo mencionado e baseado(s) no(s) seguinte(s) diagnóstico(s) informado(s):

Os possíveis riscos de quaisquer procedimentos incluem, entre outros, sangramento, infecção, lesão acidental de estruturas próxima, correção incompleta e óbito. Outros riscos deste procedimento específico incluem: \_\_\_\_\_

Benefícios e resultados esperados (listar): \_\_\_\_\_

Alternativas, inclusive, entre outras, ausência de tratamento: \_\_\_\_\_

**Autorizo o** médico/dentista abaixo mencionado a realizar qualquer outro procedimento; exame; tratamento, bem como outros procedimentos cirúrgicos que ele julgue necessários em decorrência de situações imprevistas e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

**Autorizo** que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente durante o procedimento seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico.

**Declaro** que recebi explicações claras sobre os potenciais benefícios, riscos, complicações e alternativas terapêuticas ao procedimento proposto e entendo que não pode haver garantia absoluta sobre os resultados desejados; compreendi e tive a oportunidade de esclarecer dúvidas, concordando com o exposto acima e me foi dado o direito de anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse, assim como revogar por completo este consentimento em qualquer momento antes da realização do procedimento.

### O espaço a seguir deve ser preenchido pelo médico.

Confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e responsável pelo mesmo, o propósito, benefícios, riscos e as alternativas para tratamento descrito. Acredito que o paciente/responsável entendeu o que expliquei.

Cuiabá, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

Assinatura e carimbo: \_\_\_\_\_

**O espaço a seguir deve ser preenchido pelo Responsável.**

Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Cuiabá, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

RG: \_\_\_\_\_ Assinatura do Responsável: \_\_\_\_\_