



(preencher quando não houver etiqueta)

Nome: _____

Idade: _____ anos _____ meses

IH: _____ Leito: _____

Termo de Esclarecimento, Ciência e Consentimento para Procedimentos Específicos (Cirurgias e Procedimentos Invasivos)

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

Indicado pela equipe médica que me assiste.

- 1- Tive acesso à política de Direitos e Deveres dos Pacientes e familiares do HCor.
- 2- De acordo com o item VI dessa política, a proposta de procedimento, cirurgia, tratamento ou exame a que serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram claramente explicadas. Tive a oportunidade de perguntar e esclarecer minhas dúvidas. Tais perguntas foram respondidas de forma satisfatória e minhas dúvidas esclarecidas. Entendo que não existe garantia absoluta sobre resultados a serem obtidos.
- 3- Autorizo qualquer outro procedimento, cirurgia, tratamento ou exame que sejam necessários em decorrência de situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
- 4- Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido(s) durante o procedimento realizado seja encaminhado para exames complementares, quando necessários para esclarecimento diagnóstico e implicações terapêuticas.
- 5- **Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos**

Nome legível: _____

Identidade nº _____

_____/_____/_____
Data

Assinatura do Paciente ou Responsável

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

De acordo com a política de direitos do paciente e familiares do HCor, expliquei de forma clara, objetiva e compreensível todo o procedimento, cirurgia, tratamento ou exame a que o(a) paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou responsável, sobre os benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas, tendo respondido às perguntas que me foram formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do Médico: _____ CRM: _____

Assinatura