



Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Valinhos

Avenida Onze de Agosto, 2745 - Tapera - Valinhos - SP CEP 13271-210

Tel.:(19) 3869-5111 - CNPJ 46.056.487/0001-25

www.santacasadevalinhos.com.br

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

PACIENTE: _____

RGI: _____ FONE DE CONTATO: _____

SEXO: _____ RELIGIÃO: _____ CONVÊNIO: _____

CPF: _____ RG: _____

CIRURGIÃO: _____

•Autorizo o(a) Dr(a) _____ e/ou assistentes de sua escolha a realizarem em meu organismo ou no organismo do paciente abaixo nomeado, o procedimento cirúrgico a seguir relacionado **(escrever em letra de forma legível):**

Procedimento: _____

•Fui devidamente informado(a) a respeito das características e objetivos de procedimento, os benefícios esperados e as possíveis complicações, bem como seus princípios riscos e alternativas possíveis de maneira compreensível. Declaro, ainda, livre de qualquer coação ou constrangimento, que o cirurgião e sua equipe forneceu-me, e a meus familiares e acompanhantes, as informações atinentes a todo o procedimento a ser realizado, de conformidade com o disposto no artigo 59 do Código de Ética Médica e os artigos 9 e 39 do Código de Defesa do Consumidor.

•Estou consciente de que durante o procedimento cirúrgico condições imprevistas podem surgir trazendo a necessidade de realização de procedimentos adicionais diferentes daqueles previstos acima. Desse modo autorizo a realização de procedimentos adicionais que o médico acima nomeado ou seus assistentes venham a considerar durante o curso do procedimento cirúrgico acima previsto.

•Estou consciente de que durante o procedimento cirúrgico pode ser necessário a realização de transfusão de sangue ou derivados, de modo que autorizo desde já a prática destes procedimentos quando o médico acima nomeado e/ou seus assistentes considerarem necessário.

•Por fim, declaro estar consciente de que a medicina não é uma ciência exata e de que, conseqüentemente, não me pode ser dada qualquer garantia quanto ao resultado esperado do(s) procedimento(s) acima transcrito(s).

•Declaro que li e compreendi todas as cláusulas acima transcritas, que todos os espaços em branco foram preenchidos anteriormente à minha assinatura e que tive a oportunidade de fazer perguntas que me foram respondidas de maneira clara e precisa.

Responsável

NOME

GRAU DE PARENTESCO

RG:.....

ASSINATURA

Testemunha (opcional)

NOME

GRAU DE PARENTESCO

RG:.....

ASSINATURA

•Declaro haver explicado ao paciente/responsável as características, objetivos, benefícios esperados efeitos colaterais, riscos e alternativas do procedimento indicado, tendo-me colocado à disposição para o esclarecimento de todas suas dúvidas e tendo respondido de maneira clara e precisa a todas as perguntas que me foram realizadas.

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO