



Paciente:		
Atendimento:	Convênio:	
Médico:		CRM:
Fone Comercial:	Fone Residencial:	Fone Celular:

TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA PROCEDIMENTOS ESPECÍFICOS

Paciente:		
Data Nasc:	Idade:	
Profissão:	Estado Civil:	CPF:
Endereço:		
Cidade:	Estado:	
Fone:	Naturalidade:	Nacionalidade:

Autorizo a realização do(s) seguinte(s) procedimento(s) e/ou cirurgia(s):
 _____,
 indicado pelo médico assistente Dr.(a)

_____ devidamente credenciado no Hospital e Maternidade Santa Maria, que assina este termo.

- 1- A proposta do procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que serei submetida, 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.
- 4- Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade de anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse. Paciente Responsável

Nome legível: _____
 Grau de Parentesco: _____ Identidade nº: _____

5. Declaro que não autorizo o procedimento(s) e ou cirurgia(s) proposta, estando ciente dos riscos da minha decisão.

DATA E HORA DA APLICAÇÃO DO TERMO: ____ / ____ / ____ : ____

 Assinatura

<p>DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO(A)</p> <p>Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que a paciente acima referida está sujeita, a própria paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, a paciente e/ou responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.</p> <p>Nome do médico(a): _____</p> <p>Assinatura: _____ CRM: _____</p>
--