

**TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO  
INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE  
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E  
INVASIVOS**

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

Procedimento médico/cirúrgico: \_\_\_\_\_

Indicado pelo Dr. (a) abaixo mencionado (a) e sua equipe, médicos (a) credenciados (a) no Hospital.

Declaro que o médico forneceu-me todas as explicações e informações relacionadas ao procedimento médico a que serei submetido(a), orientando-me sobre todas as etapas inerentes à realização do procedimento, assim como a eventos e possíveis intercorrências.

Declaro, ainda, que tenho ciência de que todo e qualquer procedimento médico necessário para meu atendimento somente será realizado após serem prestados os esclarecimentos necessários pelo médico responsável pelo caso. Informo que tenho ciência de que os procedimentos caracterizados como urgência/ emergência serão realizados a critério médico, ficando desde já autorizados.

Por tal razão, autorizo a realização do procedimento acima identificado.

Diante da possibilidade de ocorrência de situações imprevistas e que determinem a necessidade de cuidados diversos daqueles inicialmente propostos, autorizo a realização de qualquer outro procedimento/tratamento necessário, inclusive transfusão de sangue.

Declaro também que nada omiti em relação à minha saúde e a medicamentos que eventualmente esteja utilizando, assim como anteriores ocorrências de reações alérgicas. Concordo que esta declaração passe a fazer parte integrante do prontuário médico, ficando o profissional médico e o estabelecimento hospitalar autorizados a utilizá-la no amparo e defesa de seus direitos, sem que tal autorização implique em qualquer tipo de ofensa à minha pessoa.

Finalmente, declaro que tenho ciência das complicações e riscos mais frequentes ao ato cirúrgico invasivo e exames a serem realizados.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente em duas vias de igual teor e forma.

Estou ciente que posso solicitar esclarecimentos sobre dúvidas que possam surgir em qualquer fase do tratamento.

Estou ciente de que, no momento da alta, deverei estar acompanhado de uma pessoa adulta.

Autorizo, se for o caso, que qualquer tecido removido cirurgicamente seja utilizado com propósito médico e científico. Concordo, expressamente, com a execução de fotografias, filmagens, gravações, raios X e outros serviços afins do procedimento cirúrgico, destinados a estudo médico, autorizo desde já a exibição desse material em palestras, congressos, jornadas e eventos médico-científicos, contanto que seja preservada minha identidade.

\_\_\_\_\_  
Nome completo de forma legível do responsável

\_\_\_\_\_  
CPF responsável/paciente

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente ou responsável

Termo de consentimento informado em Teresópolis - RJ, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_: \_\_\_\_

## Declaração médica

Declaro para os devidos fins que esclareci para o paciente e/ou responsável sobre o diagnóstico e prognóstico da doença, objetivo proposto, resultados esperados, possíveis tratamentos alternativos, riscos previsíveis e intercorrências inesperadas, bem como sobre as consequências que poderão decorrer da recusa em aceitar os tratamentos. Respondi a todas as perguntas formuladas pelo paciente e/ou responsável e acredito ter sido.

Houve situações de urgência e emergência provocando a impossibilidade do paciente consentir o procedimento.

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO INFORMADO

---

Médico - Assinatura / Carimbo