



**TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA A REALIZAÇÃO
DE CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS INVASIVOS**

Pelo presente instrumento, eu, _____
(*nome completo)

_____, _____,
(*estado civil)

portador da Cédula de Identidade RG n° _____, domiciliado à _____

_____,
(*endereço completo)
autorizo a realização dos seguintes procedimentos _____

(*cirurgia / procedimento invasivo)

na data de ___/___/___, em mim ou em meu familiar _____,

a quem represento nesta data, no Hospital da AACD.

Declaro que o procedimento médico acima referido me foi claramente explicado pelo Dr. _____, assim como seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas de tratamento, não havendo dúvidas pendentes.

Entendo ainda que os riscos do procedimento, assim como suas eventuais complicações pós-operatórias podem ser consequência de fatos naturais ou reações próprias do organismo do paciente. Estou ciente de que a responsabilidade dos médicos, em caso de existirem intercorrências, será apurada nos moldes previstos em lei (Código de Defesa do Consumidor, artigo 14, § 4º e Código Civil, artigo 159).

Estou ciente do risco de contrair o Novo Coronavírus – COVID-19 durante a internação ou no período pós operatório podendo desenvolver complicações respiratórias associadas.

Autorizo ainda a realização de qualquer outro procedimento, tais como exames, tratamentos e/ou cirurgias, inclusive transfusão de sangue, em situações imprevistas que eventualmente venham a ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

Assinatura: _____

Grau de parentesco: _____ Data: ___/___/___

A ser preenchido pelo Médico:

Expliquei ao paciente e/ou ao seu responsável acima referidos, todo o procedimento, exames, tratamento e/ou cirurgia que serão realizados na data de hoje, explicitando os riscos, benefícios e alternativas, tendo respondido às perguntas por eles formuladas. De acordo com meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável compreendeu o que lhes foi informado.

Nome do médico: _____ CRM: _____



**TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA A REALIZAÇÃO
DE CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS INVASIVOS**

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

* Todas as informações devem ser preenchidas (escritas), de próprio punho.