

Nome completo: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_

OU  
Etiqueta do paciente

## TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA PROCEDIMENTOS INVASIVOS E CIRURGIAS

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

**No caso de envolver lateralidade, especificar:** ( ) Direito; ( ) Esquerdo; ( ) Bilateral.

**Exceções de demarcação do sítio cirúrgico:** ( ) Procedimentos na face; ( ) Procedimentos de emergência onde haja risco de morte ou perda do órgão;

( ) Paciente prematuro e/ou com idade inferior a 30 dias.

No(a) paciente: \_\_\_\_\_

Indicado(s) pelo médico/dentista abaixo mencionado e baseado(s) no(s) seguinte(s) diagnóstico(s) informado(s):

Os possíveis riscos de quaisquer procedimentos incluem, entre outros, sangramento, infecção, lesão acidental de estruturas próxima, correção incompleta e óbito. Outros riscos deste procedimento específico incluem: \_\_\_\_\_

Benefícios e resultados esperados (listar): \_\_\_\_\_

Alternativas, inclusive, entre outras, ausência de tratamento: \_\_\_\_\_

Autorizo o médico/dentista abaixo mencionado a realizar qualquer outro procedimento; exame; tratamento, bem como outros procedimentos cirúrgicos que ele julgue necessários em decorrência de situações imprevistas e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

Autorizo, **exclusivamente para finalidade científica**, a divulgação das informações médicas contidas em meu prontuário, assim como a realização de filmagens e fotografias e suas veiculações, assegurando-se o pleno sigilo da identidade do paciente.

Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente durante o procedimento seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico.

Declaro que recebi explicações claras sobre os potenciais benefícios, riscos, complicações e alternativas terapêuticas ao procedimento proposto e entendo que não pode haver garantia absoluta sobre os resultados desejados; compreendi e tive a oportunidade de esclarecer dúvidas, concordando com o exposto acima e me foi dado o direito de anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse, assim como revogar por completo este consentimento em qualquer momento antes da realização do procedimento.

### PREENCHIMENTO PELO MÉDICO

Expliquei de forma clara e objetiva todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia que o paciente acima referido está sujeito(a), ao(a) próprio(a) paciente (adolescente) e seu responsável legal e também sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o responsável está em condições de compreender o que lhe foi informado.

Médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

São Paulo, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_



ACREDITADO PELA

