

## Termo de Ciência e consentimento para procedimentos invasivos e cirurgias



Diretor Técnico: Dr. Fernando VC De Marco  
CRM 87270 RQE 35860

Paciente:  
Dt. Nascimento:  
Dt. Aplicação do Termo:  
Unidade:  
Convenio:  
Categoria:  
Médico:

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

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

1. A proposta do procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que serei submetido (a), 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. Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dada oportunidade para anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse.

Paciente

Responsável

Nome Legível \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco \_\_\_\_\_

RG \_\_\_\_\_

### ***Deve ser preenchido pelo médico***

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

Nome do Médico \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

CRM \_\_\_\_\_

### **Termo de acompanhante do paciente submetido a procedimentos ambulatoriais**

Eu, \_\_\_\_\_

RG nº \_\_\_\_\_ responsabilizo-me por acompanhar o paciente acima após o procedimento cirurgico ambulatorial realizado no Hospital viValle, até a sua residencia.

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