

### TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Por este instrumento Eu, \_\_\_\_\_, CI \_\_\_\_\_ e CPF \_\_\_\_\_ e/ou \_\_\_\_\_, CI \_\_\_\_\_ e CPF \_\_\_\_\_, Responsável pelo paciente, declaro (declaramos) que:

1º) fui informado(a) pelo(a) médico(a) de que as avaliações e exames realizados revelaram a(s) seguintes(s) alteração(ões) e/ou diagnóstico(s):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2º) do referido diagnóstico me foi indicado pelo profissional que me assiste, a realização do seguinte exame/procedimento:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3º) recebi as explicações necessárias quanto aos benefícios deste exame/procedimento.

4º) recebi as informações necessárias sobre as probabilidades de êxito.

5º) estou ciente de que, durante o exame e/ou procedimento para tentar curar ou melhorar a(s) supra citada(s) condição(ões) de saúde em que me encontro, acima descrita, poderão surgir outras situações ainda não diagnosticadas, assim como também poderão ocorrer situações imprevisíveis(fortuitas).

6º) estou ciente de que em procedimento(s) invasivo(s), como o citado, podem ocorrer complicações tais como, sangramento, infecção, problemas cardiovasculares, respiratórios e urinários. Além disso, as principais complicações associadas especificamente ao procedimento a que V.Sa está sendo submetido poderão ser as seguintes:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7º) também fui informado(a) sobre as possíveis alternativas ao procedimento, as consequências de não realizar o exame/tratamento, bem como, os procedimentos que poderão ocorrer no período de recuperação.

8º) **por livre iniciativa, aceito correr os riscos supramencionados e dou permissão/autorização voluntária** para que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como me foram expostos no presente Termo, incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e/ou emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a conveniência singular de cada evento.

9º) esta autorização é dada ao(à) médico(a) identificado(a) neste documento, bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s)/indicados a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o seu julgamento profissional, quando da necessidade de coparticipação.

10º) tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), e após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, assinei.

11º) **AUTORIZO**, portanto, o(à) médico(a) identificado no presente Termo, a realizar o(s) procedimento(s)

e permito que u\*tilize o seu próprio julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realiza(m) o(s) tratamento(s), resguardadas as coberturas contratuais e/ou autorizações que dependam do plano de saúde a que estou vinculado/contratado.

12º) autorizo a realização de filmagem/fotografia do sítio operatório (**preservando a identidade do paciente**), bem como a veiculação das referidas imagens para fins científicos, devendo o profissional médico responsabilizar-se pelo correto armazenamento e descarte desse material. Estou ciente, também, que tais procedimentos serão realizados por profissionais indicados pelo(a) meu(minha) médico(a), sem qualquer ônus financeiro, presente ou futuro.

13º) apesar de ter compreendido as explicações/esclarecimentos que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito(a) com as informações recebidas reservo-me o direito de revogar, por escrito, este consentimento antes que o(s) procedimento(s), neste Termo informado, se realize(m).

Caxias do Sul, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_.

Assinatura do(a) paciente e/ou responsável

CI nº

CPF nº

Confirmo que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) responsável/familiar(es), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o(s) procedimento(s)/tratamento(s) acima descrito(o), bem como, que o presente Termo poderá ser expressamente revogado, antes da realização do procedimento.

Caxias do Sul, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_.

Assinatura do médico(a)

CRM

### PLANO TERAPÊUTICO

Diagnóstico Principal: \_\_\_\_\_

Procedimento Previsto: \_\_\_\_\_

Diagnósticos secundários

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

PRESCRIÇÃO INICIAL:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo do Médico