

Etiqueta de identificação do paciente	Preencher quando não houver etiqueta:
	Nome: _____ _____
	Data de Nascimento:    /    /      Prontuário: _____
	Convênio: _____

### Termo De Consentimento Livre E Esclarecido

**CONSIDERANDO:**

**I** – A dignidade da pessoa humana como princípio fundamental da República Federativa do Brasil (art. 1º, III, da Constituição Federal) e sendo inviolável o direito à liberdade (art. 5º da Constituição Federal);

**II** – A capacidade civil, à autonomia de vontade e o abuso de direito previstos no Código Civil brasileiro;

**III** – As disposições sobre normas éticas para recusa terapêutica dispostas na Resolução nº 2.232/2019 do Conselho Federal de Medicina;

**IV** – As disposições sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes dispostas na Resolução nº 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina;

**V** – O dever do fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou à segurança informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade (art. 9º da Lei nº 8.078/90);

**VI** – As disposições do Código de Ética Médica, especialmente acerca dos deveres dos médicos previstos nos arts. 22, 24, 31 e 34, que compreendem: obter consentimento do paciente ou do seu representante legal, salvo em caso de risco iminente de morte; garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo; respeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte; e informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, neste caso, fazer a comunicação a seu representante legal;

**VIII** – A lucidez e a capacidade cognitiva do(a) paciente/representante legal que firma o presente termo; e

**IX** – A pandemia pelo corona vírus SARS-CoV-2 (COVID19) declarada pela Organização Mundial de Saúde e reconhecida pelas autoridades brasileiras, assim como a situação de calamidade pública e a transmissão comunitária no Brasil declarada pela Portaria nº 454, de 20 de março de 2020.

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

na qualidade de ( ) paciente ( ) responsável<sup>1</sup> - grau de parentesco \_\_\_\_\_,

data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF nº \_\_\_\_\_,

**DECLARO** ter sido devidamente informado(a), em linguagem clara, objetiva e compreensível, pela equipe médica do Hospital do Círculo, que:

**I** – A análise dos exames e quadro clínico revela o diagnóstico de: \_\_\_\_\_ CID \_\_\_\_\_;

**II** – Através dos conhecimentos científicos atuais, conforme a melhor e atual literatura médica, há indicação para realização do(s) \_\_\_\_\_ exame(s) \_\_\_\_\_ e/ou \_\_\_\_\_ procedimento(s) \_\_\_\_\_ com a finalidade de \_\_\_\_\_;

**III** – A equipe médica explicou-me sobre o(s) exame(s) e/ou procedimento(s) proposto(s), bem como o(s) tratamento(s) que poderão ocorrer no período de recuperação;

**IV** – Recebi as informações necessárias sobre as probabilidades de êxito;

**V** – Estou ciente de que durante o(s) exame(s) e/ou procedimento(s) indicados poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas, assim como também poderão ocorrer situações imprevisíveis (fortuitas);

**VI** – Fui cientificado(a) de que em um procedimento(s) invasivo(s), como o indicado, podem ocorrer complicações, tais como: \_\_\_\_\_;

**VII** – Também fui informado(a) sobre as alternativas possíveis ao exame/procedimento: \_\_\_\_\_;

**VIII** – Conheço das consequências de não realizar o exame/tratamento: \_\_\_\_\_;

<sup>1</sup> Parentes de primeiro e segundo grau (pais, irmãos, avós e netos), tutor(a), curador(a), cônjuge ou companheiro(a).

Etiqueta de identificação do paciente	Preencher quando não houver etiqueta:
	Nome: _____ _____
	Data de Nascimento:    /    /      Prontuário: _____
	Convênio: _____

**IX** – Diante das informações prestadas pela equipe de profissionais da saúde do Hospital do Círculo, por escrito e verbalmente, as quais não deixaram dúvidas, ratifico, neste ato, a minha livre e inequívoca decisão **consentir com a realização do(s) exame(s) e/ou procedimento(s) acima assinalado;**

**X** – Caso se façam necessários, eu ( ) autorizo ( ) não autorizo, de forma voluntária, a tomada de procedimentos para solucionar qualquer intercorrência que eventualmente ocorra em função do procedimento realizado através dos recursos disponíveis, resguardadas as coberturas contratuais e/ou autorizações que dependam do plano vinculado ao(a) paciente;

**XI** – Eu, ( ) autorizo ( ) não autorizo a realização de procedimento de transfusão de sangue e hemocomponentes, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos;

**XII** – Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas à realização do procedimento e ter tido tempo para reflexão após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura; e

**XIII** – Compreendo as explicações que me foram prestadas, estando plenamente satisfeito(a) com as informações recebidas e reservo-me o direito de revogar, por escrito, este consentimento a qualquer tempo, desde que seja feito antes do início da realização do procedimento.

**XIV** – Estou ciente que trata-se de um **procedimento médico eletivo** e que opto por realizar durante o período de pandemia instaurada pela “COVID19”, uma vez que a sua não realização poderá ensejar nas seguintes implicações: \_\_\_\_\_;

**XV** – Estou ciente dos riscos de contágio por da “COVID19” aos quais eu e meus acompanhantes estaremos expostos, em decorrência de minha livre opção de realizar procedimento cirúrgico eletivo durante o período de pandemia, dentro de ambiente hospitalar;

**XVI** – Estou ciente das políticas de visitas no Hospital do Círculo enquanto perdurar a pandemia pela “COVID19”.

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) paciente/responsável

Eu, Dr(a). \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_

**DECLARO** que expliquei ao paciente/representante legal, de forma clara e objetiva, os benefícios, riscos mais frequentes e alternativas, especialmente em relação ao período de pandemia pela “COVID19” vivenciado, a que o(a) paciente será submetido em razão do exame/procedimento por mim indicado, responsabilizando-me pela transmissão correta das referidas informações e tendo respondido às perguntas formuladas.

Ainda, que estou ciente das implicações que as condições e a realização do procedimento eletivo poderão ter no atual cenário de pandemia, assim como que seguirei todas as orientações e protocolos sanitários indicados pelo Setor de Controle de Infecção Hospitalar e pelas autoridades competentes. De acordo com o meu entendimento, o(a) paciente e/ou seu(sua) responsável firmatário(a), está lúcido(a), orientado(a) e tem condições de compreender o que lhes foi informado.

Autorizo o protocolo de abreviação de jejum: ( ) Sim ( ) Não

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura, carimbo do(a) médico(a) e CRM

**Testemunhas:**

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

CPF: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_