

Paciente: _____ **CPF:** _____

Nascimento: ____/____/____ **Estado Civil:** _____ **Sexo:** _____

Filiação: _____ **Prontuário:** _____

Endereço: _____ **CNS:** _____

Cidade: _____ **Telefone:** _____

Convênio: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE:

(NOME DO PROCEDIMENTO)

OBS: No caso de impossibilidade do paciente assinar, preencher os dados do Responsável ou Representante Legal.

RESPONSÁVEL / REPRESENTANTE LEGAL:

Nome: _____ **Idade:** ____ **Identidade No.:** _____

Órgão expedidor: _____ **Grau de Parentesco:** _____

1. Autorizo a realização do procedimento especificado, indicado pelo Dr. _____

CRM No. _____.

2. A proposta do procedimento a que serei submetido(a) e seus benefícios me foram claramente explicados, assim como os riscos e complicações potenciais e entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

3. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e quando as fiz, obtive respostas de maneira adequada e satisfatória.

4. Autorizo a equipe médica a realizar, em caso de necessidade ou diante de um achado inesperado, qualquer procedimento adicional que vise meu benefício, controle ou cura dessa ou de outra patologia, inclusive transfusão de sangue ou hemoderivados.

5. Tendo em vista que a natureza da prestação dos serviços médicos é de meio, estou ciente dos riscos e que o resultado pode não ser o esperado.

6. Também entendi que a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar este consentimento, antes que o procedimento se realize.

Teresina, ____/____/____

(Assinatura Paciente ou Responsável / Representante Legal)

MÉDICO RESPONSÁVEL

() Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima.

() Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de situação de EMERGÊNCIA. (em situação de emergência, dois médicos deverão assinar)

Teresina, ____/____/____

Assinatura Médico, CRM No.

Médico, CRM No.