

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E/OU INVASIVOS

Este Termo de Consentimento tem o objetivo de **informar ao paciente e/ou ao seu responsável/representante legal, o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento** ao qual o paciente será submetido, complementando as informações prestadas pelo médico assistente e pela equipe multidisciplinar do Hospital Sepaco.

Eu (Paciente – nome completo), \_\_\_\_\_,

Data de Nascimento \_\_\_\_\_ e nome da Mãe (completo) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_;

Procedimento cirúrgico e/ou invasivo : \_\_\_\_\_.

### Para paciente com incapacidade civil / mental (Acompanhante)

Eu (nome completo do responsável / representante legal , \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_;

portador da cédula de identidade nº \_\_\_\_\_, responsável pelo (a)

paciente (nome completo) \_\_\_\_\_;

Data de Nascimento \_\_\_\_\_ e nome da Mãe (completo) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### DECLARO QUE:

1. Após a realização de exames e cuidadosas avaliações fui informado da necessidade e indicação do procedimento descrito acima;
2. Recebi todas as informações necessárias relacionadas ao referido procedimento, a técnica a ser utilizada, os riscos de realizá-lo ou não, os seus benefícios, possíveis intercorrências, eventuais complicações e, também possíveis alternativas de tratamento. Tudo foi devidamente esclarecido. Todas as minhas perguntas foram detalhadamente respondidas e as dúvidas foram esclarecidas satisfatoriamente;
3. Fui informado que, eventualmente, em decorrência de situações ainda não diagnosticadas ou de complicações emergenciais, inesperadas e não discutidas ou previstas, poderá ser necessário qualquer outro procedimento cirúrgico ou invasivo, a realização de novos exames, a aplicação de medicamentos e até transfusão sanguínea, conforme o caso;
4. Estou ciente que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente durante o procedimento poderá ser, a critério do médico, encaminhado para exames complementares, desde que

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E/OU INVASIVOS

necessário para a continuidade do tratamento;

5. Tenho consciência que, apesar da evolução da medicina e da perícia do médico, não existe qualquer garantia de resultado do tratamento e que todo tipo de procedimento pode ter complicações inesperadas, riscos de sequelas graves, incapacidade permanente e até de morte;
6. Prestei ao médico todas as informações relativas a minha saúde e meus hábitos (ou do paciente quando assinado pelo representante legal ou responsável), presentes e passadas, clínicas e cirúrgicas, inclusive medicações em uso ou já utilizadas, e fui avisado que qualquer omissão ou informação equivocada poderá trazer graves prejuízos ou comprometer o resultado do procedimento;
7. Estou plenamente informado e satisfeito com as informações recebidas e sei que poderei esclarecer quaisquer novas dúvidas que possam surgir em qualquer fase do tratamento;
8. Estou ciente de que, no momento da minha alta ou do paciente (quando assinado pelo representante legal ou responsável) deverei estar necessariamente acompanhado por uma pessoa adulta.

### - RISCOS EPIDEMIOLÓGICOS RELATIVOS AO COVID-19

1. Tomei ciência que o Hospital Sepaco adota todas as medidas necessárias e exigidas pelas Autoridades Sanitárias para a prevenção de infecção hospitalar, a fim de evitar a transmissão do Coronavírus (Covid19).
2. Fui esclarecido(a) que, em face de alta transmissibilidade do Coronavírus (Covid19) e da situação de pandemia que estamos vivendo, há risco de contaminação em qualquer local ou deslocamento.
3. Recebi a orientação que a realização dos exames e testes para identificação do Coronavírus antes da internação pode aumentar a minha segurança, bem como a de todos os profissionais envolvidos, no entanto, devido às limitações técnicas destes exames, bem como o comportamento da doença causada pelo Covid19, entendo que o resultado negativo não exclui totalmente a possibilidade de que eu já seja portador do referido vírus.
4. Após ter sido esclarecido acerca de todas as minhas dúvidas e estar ciente de todos os riscos, entendo a importância em realizar a minha internação nesse momento para realização do procedimento cirúrgico.

**LIDO, COMPREENDIDO, CIENTE E DE ACORDO COM TODO O CONTEÚDO DESTES TERMOS, AUTORIZO EXPRESSAMENTE A REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CITADO ACIMA.**

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E/OU INVASIVOS

Reservo-me o direito de revogar, total ou parcialmente, este consentimento antes da realização do procedimento.

### Deve ser preenchido pelo paciente ou responsável:

Paciente       Responsável

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

Grau de parentesco \_\_\_\_\_

São Paulo, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

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

(    ) Autorizo a realização de filmagem/fotografia por profissionais indicados pelo Hospital SEPACO exclusivamente para fins científicos. Essas filmagens / fotografias e as informações contidas no prontuário médico do paciente somente poderão ser utilizadas e divulgadas para finalidade científica e desde que o paciente não seja identificado, sob pena de responsabilidade civil.

### Deve ser preenchido pelo médico:

Declaro para os devidos fins e efeitos que expliquei ao paciente (ou seu responsável/representante legal) de forma clara e objetiva **o diagnóstico, os riscos e objetivos do procedimento** a ser realizado, assim como seus benefícios e alternativas, esclarecendo suas dúvidas e deixando-o livre para decidir sobre sua realização. De acordo com o meu entendimento, o paciente (ou seu responsável/representante legal) está em perfeitas condições de compreender todo o conteúdo deste Termo e de autorizar a realização do procedimento indicado.

Nome do médico \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_

São Paulo, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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

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

Eu, \_\_\_\_\_ Identidade nº \_\_\_\_\_

Declaro que recebi e entendi as orientações quanto aos cuidados pós anestesia/sedação e responsabilizo-me por acompanhar o paciente acima após o procedimento ambulatorial realizado no Hospital Sepaco.

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA  
REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E/OU  
INVASIVOS**

---

São Paulo, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

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