

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO**

Identificação do Paciente

Nome: _____ CPF: _____ Idade: _____

Identidade nº: _____ Órgão Expedidor: _____

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

Responsável ou Representante Legal

Nome: _____ CPF: _____ Idade: _____

Identidade nº: _____ Órgão Expedidor: _____

Procedimento cirúrgico a ser realizado: _____

1. Declaro que o Dr.(a) _____ CRM Nº _____ informou-me que, tendo em vista o diagnóstico (ou a suspeita diagnóstica) de _____ será conveniente e indicado o procedimento cirúrgico acima especificado.

2. A proposta do procedimento cirúrgico que será realizado e seus benefícios me foram claramente explicados, assim como os riscos e complicações potenciais, especialmente os seguintes:

Tive a oportunidade de fazer perguntas, e quando as fiz, obtive respostas de maneira adequada e satisfatória. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

3. 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 desta ou de outra patologia, inclusive transfusão de sangue ou hemoderivados.

4. Entendo que serei submetido a procedimento anestésico sob a responsabilidade de um médico anestesologista.

5. Autorizo a realização de fotos e/ou vídeos para documentação, que poderão ser utilizados com finalidades científicas, obedecendo-se os critérios de confidencialidade e sigilo impostos pela legislação vigente.

6. Assim declaro que tive a oportunidade de fazer todas as indagações sobre meu tratamento e o procedimento que serei submetido, sendo prontamente respondidas e esclarecidas todas as minhas dúvidas. Todavia, 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.

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

8. Confirmo que recebi, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e apesar de ter entendido as explicações 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 este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento se realize(m).

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO**

Paciente Responsável

Nome legível: _____

Assinatura: _____

Grau de Parentesco: _____ Identidade nº: _____

Rio de Janeiro ____/____/____ Hora: ____:____

Deve ser preenchido pelo médico

Expliquei todo o procedimento, anestésico/sedativo ao paciente acima identificado, ou ao seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, bem como sobre o preparo necessário, 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: _____ CRM: _____

Assinatura e Carimbo: _____

Termo de acompanhante/ responsável/ representante legal do paciente

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 realizado.

Rio de Janeiro ____/____/____ Hora: ____:____

Assinatura: _____