

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTOS INVASIVOS E CIRÚRGIAS**

Autorizo a realização do(s) seguintes(s) procedimento(s) invasivo(s) e/ou cirurgias(s) :

Indicado pelo Dr.(a) abaixo mencionado(a) e sua equipe, médicos(as) no Hospital Unimed Foz.

1. A proposta do procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram explicadas claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existia garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
2. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e outros hemocomponentes, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
3. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimentos diagnóstico ou tratamento.
4. Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade para anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse.

Paciente     Responsável

Nome Legível: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_ Identidade \_\_\_\_\_

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

Foz do Iguaçu, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_    Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

**DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO**

1. Nas situações em que o paciente ou seu representante legal possa assinar o Termo, basta a assinatura de um médico.
2. Nas situações, sejam elas eletivas ou não, em que o paciente ou seu representante legal não possa assinar, é necessário que dois médicos que estejam envolvidos no cuidado do paciente assinem o termo.

Nome do Médico(a): \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

(Letra legível ou carimbo)

Nome do Médico(a): \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

(Letra legível ou carimbo)

Foz do Iguaçu, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

Revogação: PR \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Paciente ou responsável / Representante legal