**Hospital Unimed**

www.unimed-erechim.com.br
Av. Sete de Setembro, 2001
99.709-182 - Bairro Fátima - Erechim - RS
T. (54) 3520.6140

Unimed
Erechim/RS

FOR-HUE-REC.1.5M v3

Nome do paciente: _____

Nº do atendimento: _____ Data:___/____/_____

# TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S)/EXAME(S)

Por este instrumento eu, _____, CPF: _____, DECLARO que:

1. Fui informado(a) pelo(a) profissional responsável pelo procedimento/exame de que as avaliações e os exames realizados revelaram a(s) seguinte(s) alteração(ões) e/ou diagnóstico:
   CID:_____
2. Fui indicada a realização do procedimento/exame: _____
   Se órgão/estrutura múltiplo especificar: ( )Direito ( )Esquerdo ( )Ambos ou ( )Nível_____
3. Recebi as explicações necessárias quanto aos benefícios deste procedimento/exame e as informaçõs sobre as probabilidades de êxito.
4. Estou ciente de que, durante o procedimento/exame para tentar curar, ou melhorar a(s) supracitada(s) condição(ões) poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas, assim como, poderão ocorrer situações imprevisíveis.
5. Fui informado, e estou ciente de que, apesar do empenho do meu médico, não existe garantia absoluta no resultado desta cirurgia com relação à cura da minha doença.
6. Estou ciente de que em procedimento(s) invasivo(s), como o citado, podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecção, problemas cardiovasculares, respiratórios e urinários. Além disso, as principais complicações associadas especificadamente a este procedimento/exame são as seguintes: _____
   _____
7. Também fui informado(o) sobre as alternativas possíveis ao procedimento/exame, as consequencias de não realizar o procedimento/exame e os problemas que poderão ocorrer no período de recuperação.
8. Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s)/exame(s) acima especificado(s), poderá ser necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos anestésicos foram esclarecidos previamente pelo profissional.
9. Por livre iniciativa aceito correr os riscos supramencionados e dou permissão/autorização voluntária para que o(s) procedimento(s)/exame(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e/ou emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a conveniência e particularidade de cada evento.
10. Esta autorização é concedida ao(a) profissional abaixo identificado(a), bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele(a) selecionado a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o seu julgamento profissional.
11. Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativa(s) ao(s) procedimento(s)/exame(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento antes da sua assinatura.
12. Consinto, portanto, ao(à) profissional abaixo identificado(a) a realizar o(s) procedimento(s)/exame(s) e permito que utilize seu próprio julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade da medicina e disponíveis no locam onde se realiza(m) o(s) atendimento(s).
13. Autorizo a realização de imagens e registros do sítio operatório e/ou local do procedimento/exame (preservando a identidade do paciente), bem como a veiculação das referidas imagens para fins científicos, sem qualquer ônus financeiro, no presente ou no futuro.
14. 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 esse consentimento antes que o(s) procedimento(s)/exame(s), objeto deste documento, se realize(m).
15. Autorizo que órgãos e tecidos, removidos cirurgicamente, possam ser encaminhados para exames complementares.
16. Autorizo qualque outro procedimento, exame, cirurgia e/ou tratamento, incluindo transfusão de sangue e hemocomponentes, em situações imprevistas que possam ocorrer e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
17. Havendo necessidade de transfusões sanguíneas, estou ciente que existem enfermidades que podem ser transmitidas por este meio, embora todas as medidas para impedir esta transmissão sejam rotineiramente adotadas pelos serviços de hemoterapia. DECLARO ainda que estou ciente que para segurança do meu atendimento, me responsabilizo por providenciar um acompanhante que permaneça comigo no Hospital desde o início da realização do procedimento/exame até sua conclusão, inclusive acompanhar até a residência após a alta.

_____ _____

Assinatura do(a) paciente — Assinatura do(a) responsável pelo paciente

*No caso de paciente menor de idade, ou que tenha responsável legal, ou não possa assinar este documento.*

Nome completo e legível do(a) responsável, CPF e assinatura: _____

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o(s) procedimento(s)/exame(s)/tratamento(s) acima descritos, bem como, que o(a) paciente poderá revogar o consentimento que agora é concedido e firmado.

Erechim, _____ de _____de 20_____.

_____

Carimbo e assinatura do médico(a) - CRM