

# TERMO DE CONSENTIMENTO PARA PROCEDIMENTO INVASIVO E CIRURGIA

Dr. Augusto César S. Sorage  
Diretor Técnico Médico do Hospital  
Unimed Costa do Sol  
CRM - RJ 5254777-7

**Unimed**   
Costa do Sol

**Hospital**  
[www.unimed.coop.br/costadosol](http://www.unimed.coop.br/costadosol)  
Rua Tenente Coronel Amado, 401  
27910-070 Centro, Macaé - RJ  
T. (22) 2105-8008

Paciente: \_\_\_\_\_

Leito: \_\_\_\_\_ Número de atendimento: \_\_\_\_\_

Autorizo a realização do (s) seguinte (s) procedimento (s) invasivo (s) e/ou cirúrgico (s):

\_\_\_\_\_ indicado (s) pelo Médico (a) abaixo mencionado (a) e sua equipe.

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 existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

2. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, 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 esclarecimento diagnóstico ou tratamento.

4. Documentação recebida: (  ) Não (  ) Sim

Qual? \_\_\_\_\_

5. Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos, e que me foi dada a oportunidade de anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse.

(  ) Paciente (  ) Responsável

Nome legível: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_ RG/CPF: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Paciente ou Responsável Legal

## Preenchimento Obrigatório Médico

Eu, \_\_\_\_\_, CRM \_\_\_\_\_, expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender as explicações dadas.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)  
(responsável pelo procedimento)

## Termo de acompanhante do paciente submetido a procedimentos ambulatoriais

Eu, \_\_\_\_\_, RG/CPF \_\_\_\_\_, responsabilizo-me por acompanhar o paciente acima após o procedimento cirúrgico ambulatorial realizado no Hospital Unimed Costa do Sol, até sua residência.

Macaé/RJ, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Responsável