

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTO ANESTÉSICO

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
Rua Tenente Coronel Amado, 401
27910-070 Centro, Macaé - RJ
T. (22) 2105-8008

Paciente: _____

RG: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Autorizo o Dr^o (ª) _____, inscrito no CRM _____ ou
outro médico credenciado ao Hospital Unimed Costa do Sol a realizar o procedimento de
anestesia/sedação _____, para o:

() Procedimento: _____ ou

() Exame: _____

a qual serei submetido em ____/____/____

A proposta desse procedimento anestésico/sedação possui benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas que me foram explicadas claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que me foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão realizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no hospital em busca do melhor resultado.

Autorizo qualquer outro procedimento, exames, tratamento ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemocomponentes, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos, e que me foi dada a oportunidade de anular qualquer espaço em branco, palavras ou parágrafos com o qual não concordasse.

Nome do responsável legal: _____

RG do responsável: _____ Grau de parentesco: _____

Macaé/RJ, ____/____/____

Assinatura do(a) Paciente ou Responsável Legal

Preenchimento Obrigatório Médico

Eu, _____, identidade n° _____ expliquei o procedimento de anestesia/sedação ao paciente anteriormente identificado, ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido e esclarecido todas as perguntas formuladas por ele. De acordo com meu entendimento, o paciente/responsável compreendeu tudo o que foi explicado.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido desse paciente ou representante legal para a realização dos procedimentos propostos.

() Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento informado, por tratar-se de situação de Emergência.

Macaé/RJ, ____ / ____ / ____

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