

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
Estr. Heroína Lima Vieira Azevedo, 73
27933-270, Glória, 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, parágrafo ou palavras com os quais não concordasse.

() Paciente () Responsável

Nome legível: _____

Grau de Parentesco: _____ RG/CPF: _____

Assinatura do(a) Paciente ou Responsável Legal

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
Estr. Heroína Lima Vieira Azevedo, 73
27933-270, Glória, Macaé - RJ
T. (22) 2105-8008

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