

# 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](http://www.unimed.coop.br/costadosol)  
Estr. Heroína Lima Vieira Azevedo, 73  
27933-270, Glória, Macaé - RJ  
T. (22) 2105-8008

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

RG: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Autorizo o Dr<sup>o</sup> (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

# 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](http://www.unimed.coop.br/costadosol)  
Estr. Heroína Lima Vieira Azevedo, 73  
27933-270, Glória, Macaé - RJ  
T. (22) 2105-8008

## 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)