

Nome do Paciente: _____

Data de Nascimento: / /

CPF: _____

Nome da mãe: _____

DECLARANTE: () Paciente () Responsável ou Representante legal

Eu _____,

CPF: _____ . RG: _____.

Fui informado (a) pelo (a) médico (a): _____

que as avaliações e os exames realizados revelaram o seguinte diagnóstico e/ou hipótese diagnóstica: _____

CID: _____

Estou ciente de que serei submetido (a) ao (s) seguinte (s) **procedimento** (s): _____

Estou ciente de que o procedimento tem os seguintes **riscos potenciais**: _____

LATERALIDADE: () Direito () Esquerdo () Bilateral () Não se aplica

Declaro estar ciente de que o procedimento acima descrito apresenta, de maneira geral, benefícios satisfatórios, mas que não existe garantia total de resultados;

Por livre iniciativa, aceito correr os riscos supramencionados e dou permissão/autorização voluntária para que o (s) procedimento (s) seja (m) realizado (s) da forma como foi exposto no presente termo, incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar situação (ões) imprevisível (eis) e/ou emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a conveniência singular de cada evento;

Declaro estar ciente de que a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar este consentimento, antes que o procedimento se realize;

Tive oportunidade de fazer perguntas, e quando fiz, obtive respostas de maneira adequada e satisfatória;

Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento, incluindo transfusão sanguínea e/ou hemoderivados e cirurgias que sejam necessários (as) em decorrência de situações imprevistas e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos;

Autorizo a divulgação das informações médicas contidas em meu prontuário, exclusivamente para finalidade científica da instituição, desde que a minha identidade seja preservada;

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS

Autorizo a realização de filmagens/fotografias e, caso necessário, a veiculação das referidas imagens para fins científicos. Estou ciente também, que tais procedimentos serão realizados por profissionais indicados pelo meu médico (a)/ cirurgião (ã) dentista, sem qualquer ônus financeiro presente ou futuro, assegurando o pleno sigilo e minha integridade.

Declaro que li, compreendi e recebi os devidos esclarecimentos, incluindo no que diz respeito à possibilidade do procedimento não surtir o efeito esperado e que a evolução da doença e do tratamento pode obrigar o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas durante o próprio procedimento, anteriormente programado, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento;

Esta autorização é dada ao médico (a) assistente acima citado, bem como a seu assistente e/ou outros profissionais por ele(a) selecionado(s) a intervir no procedimento e de acordo com seu julgamento profissional, quanto a necessidade de coparticipação.

Sem mais dúvidas, assim, declaro agora que estou satisfeito (a) com as informações recebidas e que compreendo o alcance e riscos do procedimento. Desta maneira, e nestas condições, dou o meu consentimento para que o mesmo seja realizado.

Maceió, _____ de _____ de _____ Hora: _____:_____

- () Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima.
() Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por tratar-se de situação de emergência.

Assinatura e carimbo do Médico/Odontólogo (CRM/CRO)

OBSERVAÇÃO: MÉDICO RESPONSÁVEL (em situação de Emergência, dois médicos deverão assinar).

Assinatura do paciente ou responsável legal

Assinatura da 1ª testemunha

Assinatura da 2ª testemunha

REVOGAÇÃO/DESISTENCIA:

Data: ____/____/____ Hora: _____:_____.

Assinatura do paciente ou responsável legal

1º via: Para o médico, 2º via: Anexar ao Prontuário do paciente