



Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento:     /     / \_\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

**DECLARANTE:** ( ) Paciente ( ) Responsável ou Representante legal

Eu \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_.

Fui informado(a) pelo(a) médico(a) Dr.(a) \_\_\_\_\_ que  
as avaliações e os exames realizados revelaram o seguinte diagnóstico e/ou hipótese diagnóstica:  
\_\_\_\_\_. CID: \_\_\_\_\_.

**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 que fui devidamente informado sobre o eventual risco de contaminação pelo NOVO CORONAVÍRUS (COVID-19). Risco estabelecido pelo contato e/ou aproximação de pacientes e profissionais de saúde que poderão estar infectados, mesmo que assintomáticos. Fui informado que, acometido com a COVID-19, poderei apresentar sintomas como febre, dores musculares, perda do paladar e olfato, dificuldade para respirar, e até morte.

Declaro que estou ciente da necessidade de cumprimento de período de quarentena de duas semanas, de acordo com as orientações que recebi, assumindo total responsabilidade da realização dessa exigência.

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

Por livre iniciativa, aceito correr os riscos supramencionados e dou minha permissão/autorização voluntária para que o (s) procedimentos (s) seja (m) realizado (s) da forma como foi exposto no presente termo, a fim de que seja (m) executado (s) para tentar solucionar minha patologia e/ou as situações imprevisíveis, emergenciais, que possam ocorrer, as quais deverão ser conduzidas e

resolvidas, de acordo com a concretude sigilar de cada evento, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados.

Declaro estar ciente que para o procedimento acima descrito, não existe garantia total de resultados em virtude das possíveis complicações e desconforto.

Desta forma, levando em conta todas as informações prestadas, tendo as minhas dúvidas e questões devidamente esclarecidas e compreendendo integralmente o alcance e riscos do procedimento, declaro agora estar satisfeito (a) com as informações recebidas e supracitadas. Nestas condições, tomo a decisão de submeter-me ao procedimento ora proposto e 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

**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