



Prefeitura Municipal de Quissamã
Estado do Rio de Janeiro
Secretaria Municipal de Saúde
Hospital Municipal Mariana Maria de Jesus

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA PROCEDIMENTO INVASIVO E CIRURGIA

Paciente: _____ Número de prontuário: _____

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:

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.

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.

Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.

Documentação recebida: () Não () Sim

Qual? _____

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, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse.

() Paciente () Responsável

Nome legível: _____

Grau de parentesco: _____ RG/CPF: _____

Quissamã /RJ, ____/____/____ Hora: ____

Assinatura do(a) Paciente ou Responsável Legal



Prefeitura Municipal de Quissamã
Estado do Rio de Janeiro
Secretaria Municipal de Saúde
Hospital Municipal Mariana Maria de Jesus

Preenchimento Obrigatório Médico

Eu, _____, CRM _____, expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido estará 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 Municipal Mariana Maria de Jesus até sua residência.

Quissamã /RJ _____ / _____ / _____ Hora: _____

Assinatura do(a) Responsável