

|                     |  |                |                      |
|---------------------|--|----------------|----------------------|
| Paciente:           | <input type="text"/>   | Endereço:      | <input type="text"/> |
| Data de Nasc:       | <input type="text"/>   | Telefone:      | <input type="text"/> |
| Sexo:               | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Outro | Unidade/Leito: | <input type="text"/> |
| CPF:                | <input type="text"/>   | Data:          | <input type="text"/> |
| Médico Responsável: | <input type="text"/>   | CRM:           | <input type="text"/> |

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### Procedimentos e Cirurgias

Por este instrumento, eu,

(nome do paciente ou seu responsável) **DECLARO** que:

#### 1. DIAGNÓSTICO, JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Fui devidamente informado(a), em linguagem clara, adequada e objetiva, pelo(a) médico(a) responsável, de que as avaliações clínicas e os exames realizados identificaram o seguinte diagnóstico e/ou condição clínica (preenchimento obrigatório pelo

médico – NOME DO MÉDICO:

O procedimento/tratamento proposto se justifica em razão do diagnóstico acima descrito e tem como objetivo a melhoria do meu estado de saúde, a prevenção de agravamentos, o alívio de sintomas e/ou a restauração da função comprometida, conforme o caso.

Foi-me recomendado o seguinte tratamento e/ou procedimento, devidamente explicado quanto à sua natureza e forma de realização (preenchimento obrigatório pelo médico): NOME DO PROCEDIMENTO:

#### 2. DURAÇÃO, RISCOS, ALTERNATIVAS E CUIDADOS PÓS-PROCEDIMENTO

Fui informado(a) de que a duração aproximada do procedimento é de  h  min, e que durante sua realização e no período pós-procedimento podem ocorrer desconfortos previsíveis, como dor, limitação de movimentos, náuseas, sonolência, necessidade de jejum, uso de medicamentos, curativos ou outras restrições temporárias, conforme explicado. Recebi informações sobre os benefícios esperados, probabilidade de êxito e riscos, estando ciente de que não há garantia absoluta de resultados mesmo com técnicas e cuidados adequados. Compreendi que podem surgir situações imprevisíveis ou emergências que exijam alterações no procedimento, sempre visando minha segurança. Procedimentos invasivos podem causar complicações gerais, incluindo sangramentos, infecções, reações adversas, problemas cardiovasculares, respiratórios ou urinários, que podem levar a internação prolongada, incapacidade temporária ou permanente e, em casos extremos, risco de óbito. As principais complicações específicas deste procedimento são:

Fui esclarecido(a) sobre alternativas terapêuticas e sobre as consequências da não realização ou adiamento do procedimento, incluindo riscos de agravamento do quadro clínico. Também recebi orientações sobre cuidados pós-procedimento, incluindo medicamentos, repouso, restrições, acompanhamento e sinais de alerta, comprometendo-me a segui-las para preservar a recuperação e os resultados esperados.

### 3. AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Por livre e espontânea vontade, após receber informações claras e suficientes e ter tido a oportunidade de fazer perguntas, declaro que compreendi as explicações prestadas e que todas as minhas dúvidas foram esclarecidas. Assim, autorizo voluntariamente a realização do(s) procedimento(s) descrito(s) neste termo, na forma como me foram apresentados, incluindo eventuais condutas e medidas adicionais que se mostrem necessárias e proporcionais para o manejo de situações emergenciais que possam ocorrer durante o ato, com a finalidade de preservar minha segurança.

Esta autorização é concedida ao(à) médico(a) responsável abaixo identificado(a), bem como aos(às) seus(suas) assistentes e/ou demais profissionais que integrem a equipe assistencial por ele(a) designados(as), quando necessários ao adequado desempenho do procedimento.

Declaro, ainda, que li e compreendi o conteúdo deste documento antes de assiná-lo. Estou ciente de que posso recusar ou revogar/retirar este consentimento a qualquer momento antes da realização do(s) procedimento(s), sem qualquer prejuízo ao meu atendimento, à qualidade da assistência ou à continuidade do meu cuidado, sendo-me garantida orientação sobre alternativas disponíveis, quando aplicável.

Assinatura do(a) Paciente ou Representante Legal

## DECLARAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

Declaro que prestei esclarecimentos ao(à) paciente acima identificado(a) e/ou ao seu responsável, em linguagem clara e adequada, sobre o procedimento/exame/tratamento proposto, incluindo seus objetivos, benefícios, riscos, alternativas e possíveis consequências. Respondi às perguntas formuladas e verifiquei que, a meu juízo profissional, o(a) paciente e/ou seu responsável apresenta(m) condições de compreender as informações recebidas e de manifestar decisão livre e consciente.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do(a) Médico(a) Responsável — CRM/UF**

Araguaína/TO, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_