

- Este documento tem por finalidade esclarecer e ajudar o paciente ou seu responsável na decisão de submeter-se ou não, ao tratamento/procedimento ora referenciado, bem como cumprir o disposto no artigo 22 e 34 do Código de Ética Médica e artigos 6º, inciso III, 9º e 39 da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor). Portanto, leia com atenção e somente assine o presente termo de consentimento e autorização se estiver seguro que compreendeu e esclareceu todas as suas dúvidas relativas ao mesmo.

Eu \_\_\_\_\_, residente à \_\_\_\_\_ documento de identidade nº: \_\_\_\_\_ e/ou CPF: \_\_\_\_\_, nascido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, com \_\_\_\_ anos de idade na presente data, estando em pleno gozo de minhas faculdades mentais, declaro para os devidos fins que fui previamente informado pelo (a) médico (a), Dr. (a) \_\_\_\_\_, CRMMG \_\_\_\_\_, a realizar o procedimento anestésico para a cirurgia proposta.

Neste ato, declaro, também, estar ciente das seguintes ponderações:

1. A proposta do procedimento anestésico a que serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram explicadas claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que me foram respondidas satisfatoriamente. Entendo ainda que não exista garantia sobre os resultados a serem obtidos;
2. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos;
3. Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade para anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse;
4. Também entendi que a qualquer momento e sem a necessidade de nenhuma explicação, poderei revogar este consentimento e desistir do procedimento médico proposto;

Por livre iniciativa, autorizo os médicos responsáveis e equipe assistencial a realizarem os procedimentos na forma como foi exposto no presente termo, assim como os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevistas ou emergenciais. Permito que a equipe utilize seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis, através dos recursos conhecidos e disponíveis no Hospital Belo Horizonte.

Assim sendo, concordo em me submeter ao referido tratamento/procedimento e, para tanto, assino o presente documento **na presença de testemunhas**. No caso de no futuro tornar-me incapaz de tomar decisões sobre minha saúde, indico como meu representante o senhor(a) \_\_\_\_\_, identidade nº \_\_\_\_\_ e/ou CPF.: \_\_\_\_\_, Tel.: ( ) \_\_\_\_\_.

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_.

Assinatura paciente/responsável

Assinatura testemunha

Nome legível \_\_\_\_\_

Nome legível \_\_\_\_\_

Documento Identidade: \_\_\_\_\_

Documento Identidade: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Anestesista / nº do conselho: