|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  **PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS EM GERAL** | | | |
| NÚMERO | DATA | REVISÃO | PÁGINA |
| RQ.DT.008 | 27.09.2017 | 00 | 1/1 |

Por este instrumento particular o (a) paciente ou seu responsável Sr. (a): Clique aqui para digitar texto., declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico(a) assistente, Dr.(a): Clique aqui para digitar texto., inscrito(a) no **CRM**-Clique aqui para digitar texto. sob o nº Clique aqui para digitar texto. para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado “Clique aqui para digitar texto.”, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestesias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o referido (a) médico (a), atendendo ao disposto nos arts. 22º e 34° do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

**DEFINIÇÃO:** Clique aqui para digitar texto.

**COMPLICAÇÕES:** Clique aqui para digitar texto.

Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente in’strumento, as quais entenderam perfeitamente e aceitou respeitar integralmente as instruções fornecidas, estando ciente de que o não cumprimento poderá acarretar riscos e comprometer o tratamento.

Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado **não assegura a garantia de cura**, e que a evolução da doença e do tratamento pode obrigar o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, 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.

Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Maceió, 13 de dezembro de 2017

Ass. Paciente e/ou Responsável

Nome: Clique aqui para digitar texto. RG/CPF: Clique aqui para digitar texto.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assinatura**