

## PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS

PACIENTE

RG

CPF

DATA NASC

Eu, \_\_\_\_\_,  
nº de identidade \_\_\_\_\_, [  ] Paciente / [  ] Responsável (Grau de Parentesco  
\_\_\_\_\_), declaro que:

1º) fui informado (a) pelo médico de que as avaliações e os exames realizados revelaram a(s) alteração(ões) e diagnóstico(s) de meu estado de saúde descritas em prontuário eletrônico desta unidade após consulta em ambiente de pronto atendimento.

2º) recebi todas as explicações necessárias quanto aos riscos, benefícios, alternativas de tratamento, bem como fui informado(a) sobre os riscos e/ou benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s);

3º) estou ciente de que, durante o(s) exame(s) e/ou procedimento(s) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ para tentar curar, ou melhorar as supra citadas condições, poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas pelos exames acima referidos, assim como também poderão ocorrer situações imprevisíveis ou fortuitas;

4º) estou ciente de que em procedimentos médicos podem ocorrer complicações gerais em decorrência do meu diagnóstico inicial ou não, durante sua realização ou em decorrência dele como sangramento e infecção. Além disso, as principais complicações associadas especificamente a este procedimento são as seguintes:

5º) estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) acima especificado(s) será necessário o emprego de anestesia local ou regional, estando também ciente dos riscos, benefícios e alternativas de cada procedimento anestésico;

6º) por livre iniciativa autorizo que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, excluindo se os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis, emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a concretude singular de cada evento;

7º) esta autorização é dada ao médico abaixo identificado bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outros(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de co-participação;

8º) tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura;

9º) consinto, portanto, ao médico supra identificado a realizar o(s) procedimento(s) e permito que utilize seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realiza o(s) tratamento(s).

\_\_\_\_\_  
PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL

Nome (se resp. legal):

Grau de parentesco:

RG:

CPF:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
MÉDICO

Nome:

CRM:

**TESTEMUNHAS**

\_\_\_\_\_  
NOME COMPLETO:

RG:

\_\_\_\_\_  
NOME COMPLETO:

RG: