

TERMO DE ESCLARECIMENTO E DE CONSENTIMENTO CIRÚRGICO

Eu _____ RG: _____
CPF: _____, após completa consulta médica e realização de exames necessários a investigação e conclusão diagnóstica, sendo das alternativas de tratamentos propostas, devidamente esclarecido (a) sobre as vantagens e desvantagens dos médicos possíveis, optei pela realização do procedimento cirúrgico, com o qual concordo a ser submetido. Para tanto, autorizo o Dr. _____, CRM _____ e demais profissionais de sua equipe, a realizar o referido ato cirúrgico, comprometendo-me a seguir todas as instruções pós-operatório necessárias ao meu restabelecimento e as respeitando.

Apesar do referido procedimento cirúrgico ser seguro, fui devidamente informando (a) de que independentemente de todos os cuidados, experiência e da melhor técnica utilizada, uma cirurgia sempre envolve riscos por não se tratar de uma ciência exata. Isto significa que nenhuma garantia quanto ao resultado da prática poderá ser fornecida, assim como poderão ocorrer complicações.

Declaro ainda que fui esclarecido (a) de que inexitem formas e métodos eficazes para calcular com precisão o tempo e a capacidade de cicatrização dos ossos, pele, músculos e demais regiões do corpo em cada paciente, após a cirurgia. Diante disso fui orientado (a) de que fumo, álcool ou açúcar podem prejudicar a cicatrização como também a minha não colaboração no pós operatório, limitando o sucesso da cirurgia.

Entendo que, no curso do ato cirúrgico intercorrências poderão se suceder, necessitando de providências imediatas a crédito do médico. Assim, autorizo as medidas que forem necessárias, bem como a remoção de urgência e terapia intensiva em demais instituições.

Outrossim responsabilizo-me pelo ressarcimento de toda e qualquer despesa média e hospitalar que venha a ser realizada, decorrente desta internação, que seja fora de cobertura do convênio ora estabelecido.



Declaro também está ciente que não deverei retirar por conta própria curativos, imobilizações gessadas, aparelhos ortopédicos, pinos, fixadores, nem utilizar o membro operado (braço ou perna) carregando peso ou pisando, até receber ordem médica em contrário. Concordo também em retornar a clínica (ou consultório) quantas vezes forem necessárias para controle e obtenção de novas informações.

Comprometo-me a desocupar as dependências do Hospital após receber a alta hospitalar, e estou ciente que a diária hospitalar encerra-se às 10:00h (dez) de cada dia, devendo providenciar junto ao médico assistente a alta hospitalar. A ocupação dos aposentos por qualquer motivo, após este horário, incide na cobrança da diária correspondente.

Assim sendo, aceito e autorizo a cirurgia e o tratamento proposto conforme o presente termo, sobre livre e espontânea vontade.

Atesto que possuo pleno conhecimento de todo o presente termo.

Santo Antônio de Jesus, _____ de _____ de _____

Assinatura do Paciente

Assinatura do Acompanhante

Testemunhas:

Nome:
CPF:

Nome:
CPF:

