

**Termo de Ciência e Consentimento para Realização de Procedimentos Médicos É Consentimento Informado**

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_ RG Nº: \_\_\_\_\_

Nome do Médico: \_\_\_\_\_ CRM.: \_\_\_\_\_

Procedimento médico/cirúrgico: \_\_\_\_\_

Data da Realização: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Declaro que o médico acima indicado forneceu-me todas as informações relacionadas ao procedimento médico que serei submetido (a), certificando-me sobre todas as etapas inerentes a realização do procedimento, assim como a eventos e possíveis intercorrências dele decorrentes.

(se necessário, favor utilizar o verso do documento - %observações+- para inclusão das informações necessárias)

Declaro ainda que tenho ciência de todo e qualquer procedimento médico necessário para o meu atendimento somente será realizado após serem prestados todos os esclarecimentos pelo médico responsável pelo caso. Informo que tenho ciência de que os procedimentos caracterizados como urgência / emergência serão realizados a critério médico, ficando desde já autorizados.

Por tal razão, autoriza a realização do procedimento acima identificado.

Declaro também que nada omiti em relação a minha saúde e que informei todos os medicamentos que eventualmente esteja utilizando, assim como anteriores ocorrências de reações alérgicas e que concordo que esta declaração pode fazer parte integrante do prontuário médico.

Finalmente, declaro que tenho ciência das complicações e riscos mais freqüentes ao ato cirúrgico a ser realizado. Por ser a expressão da verdade, firmo o presente em duas vias de igual teor e forma.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Assinatura Paciente ou Responsável

**Declaração Médica**

De claro para os devidos fins, que esclareci o (a) paciente e/ou seu (ua) responsável, sobre o diagnóstico e prognóstico da doença, objetivo proposto, resultados esperados, possíveis tratamentos alternativos, riscos previsíveis e intercorrências inesperadas, bem como sobre as conseqüências que poderão decorrer da recusa em aceitar os tratamentos. Respondi a todas as perguntas formuladas pelo (a) paciente e / ou responsável e acredito ter sido compreendido.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Assinatura, nome legível e carimbo