

**Termo de Esclarecimento, Ciência e
Consentimento (Consentimento
Informado) para Procedimentos
Invasivos e Cirurgias**

USO DO HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ
ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Autorizo a realização do(s) seguintes (s) procedimentos(s) invasivos

e/ou cirurgia(s): _____
no paciente (acima citado). No caso de envolver lateralidade, especificar: () Direito, () Esquerdo,
() Bilateral indicado pelo médico(a)/cirurgião(ã)-dentista Dr.(a) (abaixo identificado), após ter sido
informado(a) do resultado das avaliações e exames, que revelaram as seguintes alterações e/ou
diagnóstico(s): _____.

1. Recebi explicações claras sobre as alternativas de tratamento, riscos, benefícios e complicações potenciais.
2. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento, **incluindo transfusão sanguínea** e/ou
cirurgia que sejam necessários em decorrência de situações imprevistas e necessitem de cuidados diferentes
daqueles inicialmente propostos.

**3. Autorizo a divulgação das informações médicas contidas em meu prontuário, exclusivamente
para finalidade científica da Instituição, desde que minha identidade permaneça anônima.**

4. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente durante o procedimento realizado seja
encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico e
terapêutico, **bem como para propósitos científicos ou educacionais.**

5. Autorizo a realização de filmagens/fotografias e, caso necessário, a veiculação das referidas imagens
para fins científicos. Estou ciente também, que tais procedimentos serão realizados por profissionais
indicados pelo(a) meu(minha) médico(a)/cirurgião(ã)-dentista, **sem qualquer ônus financeiro, presente
ou futuro, assegurando o pleno sigilo de minha identidade.**

**6. Apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas as
dúvidas e estando plenamente satisfeito(a) com as informações recebidas, reservo-me o direito de
revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).**

**7. Estou ciente que posso solicitar esclarecimentos das dúvidas que possam surgir em qualquer
fase do tratamento.**

8. Estou ciente de que, no momento da alta, deverei estar acompanhado por uma pessoa adulta.

9. Declaro que recebi as explicações, li, compreendi e concordo com o exposto acima e que me foi dada a
oportunidade para anular (itens 3 e 5).

Preenchido pelo paciente ou responsável:

☐ Paciente – Assinatura usual do paciente: _____		São Paulo, ____/____/____ Hora: ____ : ____
Aplicável se responsável	☐ Responsável Nome: _____ Assinatura: _____ Doc. Identidade nº: _____ Grau de Parentesco: _____	

Preenchido pelo médico:

Expliquei de forma clara e objetiva todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia ao paciente
acima identificado e/ou seu responsável, assim como os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido
às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu
responsável está (ão) em condições de compreender o que lhes foi informado e de determinar de acordo
com o entendimento que possui.

Nome: _____

Assinatura: _____

CRM: _____

O nome e CRM podem ser substituídos pelo carimbo legível