



Av. Vicente Ferreira, 828 – CEP: 17515-900  
Marília-SP CNPJ: 52.049.244/0001-62  
Fone: (14) 3402-5555 / Fax: (14) 3402-5559  
site: www.santacasamarilia.com.br

**TCLER “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E RECUSA”  
Para procedimentos médicos de qualquer natureza nesta Instituição (Resolução  
CFM nº 1931/2009 – Código de Ética Médica)  
CIRURGIA ONCOLÓGICA**

O(a) paciente e/ou seu(sua) responsável abaixo assinado, autoriza, através do presente termo de consentimento livre e esclarecido a internação do primeiro, bem como o seu tratamento e a realização do(a) procedimento(s), estando ciente, de acordo e tendo sido esclarecido das seguintes condições:

1. Tratamento com medicamentos oncológicos, tratamento em terapia intensiva adulto, pediátrica e neonatal, exames contrastados, cirurgia geral, pediátrica e neonatal, cirurgia endovascular e cateterismo cardíaco, procedimentos invasivos, diagnósticos ou terapêuticos: procedimento anestésico, incluindo todas as modalidades de anestesia e sedação.
2. Recebeu, através do médico, a informação de forma clara do estado de saúde, da hipótese diagnóstica e evolução provável da doença, bem como da finalidade, os benefícios e os riscos do tratamento ora autorizado, efeitos colaterais e outras intercorrências e anormalidades que poderão advir do mesmo, além das instruções relativas ao procedimento clínico/cirúrgico, pré e pós operatório, tendo esclarecido suas dúvidas.
3. Recebeu, através do médico, a informação de forma clara de que o tratamento pode não ser definitivo, pois o procedimento a ser adotado não implica necessariamente na cura e que a evolução da doença e do tratamento poderão modificar condutas inicialmente propostas, sendo que neste caso, fica autorizada que sejam adotadas as providências necessárias, ou seja, tratamentos, cirurgias, procedimentos, exames complementares, medicamentos e equipamentos disponíveis no hospital, para fazer frente aos problemas surgidos.

- Considerando o artigo 59 do Código de Ética Médica e os artigos 6º III e 39º VI da Lei 8.078/90 do Código de Defesa do Consumidor, que garantem ao paciente a plena informação sobre seu estado de saúde, o(a) paciente e/ou seu(sua) responsável abaixo assinado, autoriza a realização do seguinte procedimento cirúrgico:

- 
- Os procedimentos propostos foram devidamente explicados quanto aos seus benefícios, riscos e/ou complicações potenciais e riscos no caso de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da patologia diagnosticada.
  - Está ciente que, para realização dos procedimentos acima especificados, poderá ser necessária a utilização de órteses, próteses e materiais especiais.



Av. Vicente Ferreira, 828 – CEP: 17515-900  
Marília-SP CNPJ: 52.049.244/0001-62  
Fone: (14) 3402-5555 / Fax: (14) 3402-5559  
site: www.santacasamarilia.com.br

**TCLER “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E RECUSA”  
Para procedimentos médicos de qualquer natureza nesta Instituição (Resolução  
CFM nº 1931/2009 – Código de Ética Médica)  
CIRURGIA ONCOLÓGICA**

- Recebeu, pelo médico, informação de forma clara sobre a possibilidade de transfusão de sangue e seus riscos, ficando desde já pré-autorizada.
  - Está ciente que, para realizar o (s) procedimento (s) acima especificado (s), será necessária a aplicação da anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anesthesiologista. Recebeu orientações médicas, quanto aos riscos, benefícios e alternativas de cada procedimento anestésico, conforme Consentimento Livre e Esclarecido específico já assinado.
  - Está ciente que poderá ocorrer, além dos efeitos da anestesia, complicações cardiovasculares e respiratórias, sangramentos, infecções, dentre outras complicações mais raras e complexas e até potencialmente fatais. Nessa situação, fica autorizada a realização de outro procedimento, exame ou tratamento em situações imprevistas que possam ocorrer durante o presente procedimento e que necessitem de cuidados especializados diferentes daqueles inicialmente propostos; tal conduta para afastar os riscos prejudiciais à saúde e à vida.
  - Autoriza o encaminhamento de qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente para exames complementares, desde que necessário para esclarecimento de diagnóstico ou tratamento.
4. Está ciente que deverá se inteirar dos fatos com o médico responsável e, havendo agravamentos ou intercorrências da patologia, fica autorizado o médico responsável a contatar outros especialistas para o tratamento, conforme a necessidade.
5. Autoriza o envio de cópia do prontuário quando por solicitação de autoridades.
6. Atesta que neste momento recebeu uma cópia e possui pleno conhecimento de todo o teor do presente termo.
7. Ciente do diagnóstico: \_\_\_\_\_.
8. Ciente da indicação de cirurgia:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.
9. Ciente das complicações e sequelas:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.



Av. Vicente Ferreira, 828 – CEP: 17515-900  
Marília-SP CNPJ: 52.049.244/0001-62  
Fone: (14) 3402-5555 / Fax: (14) 3402-5559  
site: www.santacasamarilia.com.br

**TCLER “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E RECUSA”  
Para procedimentos médicos de qualquer natureza nesta Instituição (Resolução  
CFM n° 1931/2009 – Código de Ética Médica)  
CIRURGIA ONCOLÓGICA**

Concorda com o tratamento proposto, para o qual se realizou a internação, assinando o presente documento por ser a expressão livre e consciente da vontade, tendo inclusive a ciência quanto à possibilidade de sua revogação.

Marília, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal (grau de parentesco):

\_\_\_\_\_

Nome do Médico Responsável: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico Responsável: \_\_\_\_\_