



**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MARÍLIA**

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](http://www.santacasamarilia.com.br)

**TCLER “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E RECUSA”**

**PROCEDIMENTOS INVASIVOS E CIRURGIAS**

(Resolução CMF n. 1.931/2009 - Código de Ética Médica)

O (a) paciente ou seu (sua) responsável, autoriza, através do presente termo de consentimento livre e esclarecido, a realização do seguinte procedimento e/ou cirurgia:

**No caso de envolver lateralidade, especificar: ( ) Direito; ( ) Esquerdo; ( ) Bilateral.**

Indicado(s) pelo médico abaixo mencionado e baseado(s) no(s) seguinte(s) diagnóstico(s) informado(s):

**Possíveis riscos:** sangramento, infecção, lesão acidental de estruturas próxima, correção incompleta e óbito.

**Riscos referentes a este procedimento específico incluem:**

O(a) paciente ou seu(sua) responsável está ciente, de acordo e foi esclarecido das seguintes condições:

1. Recebeu, através do médico, informações de forma clara do estado de saúde e da hipótese diagnóstica, bem como a 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, tendo esclarecido as suas dúvidas.

2. 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.

3. Está ciente quanto à necessidade de respeitar integralmente as instruções que foram fornecidas pelo (a) médico (a), pois a sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais.

4. Está ciente que poderá revogar o consentimento prestado a qualquer momento antes que o referido procedimento seja realizado.

5. Autoriza o envio de cópia do prontuário quando por solicitação de autoridades.

Concorda com o tratamento acima proposto, e atesta que recebeu neste momento uma cópia e possui pleno conhecimento de todo o teor do presente termo.

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: \_\_\_\_\_