



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO DE CIRURGIA

Paciente:	RG:
Declarante/Responsável:	RG:
Procedimento Cirúrgico/Diagnóstico:	

Eu, _____ (paciente ou responsável), declaro que não omiti e são verdadeiras as informações prestadas a respeito do meu estado de saúde e hábitos de vida.

Considerando o Código de Ética Médica e o Código de Defesa do Consumidor, autorizo:

Que a equipe D.r(a) _____, CRM _____,

Realize em mim/ou me meu familiar, procedimentos cirúrgicos. Declaro que o referido médico nos informou da necessidade da realização deste procedimento, e em nenhum momento nos foi induzido / forçado a aceitar este tratamento. Declaramos também que nos foram informados os riscos inerentes a esta cirurgia, tais como infecção, arritmia cardíaca, pneumonia, AVC, infarto do miocárdio, insuficiência renal, hepática e respiratória e suas complicações e inclusive risco de vida.

Declaro ainda, estarmos cientes de que o tratamento a ser adotado não aplica necessariamente na cura e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o (a) médico (a) a modificar condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o (a) mesmo (a) autorizado (a) desde já a tomar providências necessárias para tentar solucionar os problemas surgidos, seguindo seu julgamento e dos médicos da Unidade de Terapia Intensiva, tais como recorrer a manobras invasivas como punção arterial, punção de veia central e transfusão sanguínea, quando este julgar necessário, e, que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no hospital para obter o melhor resultado.

Assim sendo, concordo com o referido tratamento e, para tanto, assinamos o presente documento.

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO ATO CIRÚRGICO E COMPARTILHAMENTO DE DADOS

1) Autorizo, portanto, a realização do(s) procedimento(s) descrito(s) bem como, outro(s) que o médico considere necessário(s) frente à(s) situação(es) não prevista(s) que possa(m) ocorrer e justifique(m) intervenção(es) diferente(s) daquela(s) discutida(s).

2) Declaro que fui expressamente informado quanto à previsão legal de compartilhamento dos meus dados (sensíveis ou não) para a cobrança das despesas hospitalares e honorários, junto ao convênio médico ao qual sou credenciado, sempre que houver a necessidade de comprovação de execução dos procedimentos realizados nesse ato cirúrgico.

Assinatura Paciente:

Assinatura Responsável:

Curitiba, ____ / ____ / ____

Assinatura Médico Responsável/CRM/Carimbo:

LEIS E RESOLUÇÕES

Lei **13.709/2018**: Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) |

Lei **13.787/2018**: Dispõe sobre a digitalização e a utilização de sistemas informatizados para a guarda, o armazenamento e o manuseio de prontuário de paciente.

Lei **8.078 de 11/09/1990**: Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências.

Resolução **CFM 1821/2007**: Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde.

Resolução **CFM 2217/2007**: Código de ética médica - Art 2. É vedado ao médico deixar de obter o consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-los sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. Art 34. É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar danos, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Assinatura Paciente:

Assinatura Responsável:

Curitiba, ____/____/____