

Termo de Consentimento Informado para Realização de Cirurgia:

---

---

---

**Código de Ética Médica:**

Art. 46. É vedado ao médico, efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo em perigo de vida.

Art. 59. É vedado ao médico, deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal.

**Definição de Termo de Consentimento Informado:**

O Termo de Consentimento Informado – TCI refere-se ao documento assinado pelo paciente ou responsável consentindo ao médico a realização de determinado procedimento diagnóstico ou terapêutico, após haver recebido informações pertinentes.

Tem como finalidade garantir a autonomia do paciente e delimitar a responsabilidade do médico que realiza os procedimentos. O TCI deve ser sempre praticado segundo as normas do Código de Ética Médica, sem que se converta em um compromisso de resultados.

Pelo presente, eu \_\_\_\_\_,  
portador (a) da carteira de identidade: \_\_\_\_\_ e C P F : \_\_\_\_\_,  
a u t o r i z o o m é d i c o : \_\_\_\_\_,  
portador do CRM/SE: \_\_\_\_\_, especialista em \_\_\_\_\_,  
a realizar em minha pessoa procedimento cirúrgico para tratamento da doença \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ que estou acometido (a),  
em que será realizada uma cirurgia de \_\_\_\_\_.

O tratamento cirúrgico desta patologia terá por objetivo solucionar o patologia de base (supracitada).

No entanto, a cirurgia proposta poderá ser alterada durante o procedimento cirúrgico, visto que a hipótese diagnóstica pode ser alterada com as informações obtidas no intraoperatório.

Reconheço ter recebido do supra mencionado cirurgião todas as informações sobre os riscos e benefícios do procedimento que serei submetido (a) estando todas as dúvidas esclarecidas.

Declaro ter compreendido que complicações cirúrgicas podem ocorrer independentemente do tipo da cirurgia realizada, da eficiência dos cuidados médicos e da boa técnica operatória.

O procedimento cirúrgico a ser realizado oferece risco ao paciente apresentar complicações cirúrgicas como:

---

---

---

---

---

---

Podem ocorrer também complicações clínicas como trombose venosa profunda (coágulos em veias), embolia (migração de coágulos das veias para os pulmões), acidente vascular em sistema nervoso central (derrame), infarto do miocárdio, infecções respiratórias ou urinárias, reações adversas a medicamentos e complicações relacionadas ao procedimento anestésico. Estas complicações numa percentagem menor de casos podem levar o indivíduo ao êxito letal.

Entendi as explicações que me foram prestadas em linguagem clara e simples, esclarecendo-me todas as dúvidas.

Aracaju - SE, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

---

Assinatura do Paciente

**A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO-ASSISTENTE**

CONFIRMO que expliquei detalhadamente ao paciente o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento(s)/ procedimento(s) acima descritos, bem como, que poderá revogar, a qualquer momento, antes da cirurgia, o consentimento que agora é concedido e firmado.

Aracaju, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Médico(a): \_\_\_\_\_

---

Testemunha / RG / CPF