



A Beneficência
Portuguesa
de São Paulo

(Preencher quando não houver etiqueta)

Nome _____

Data de nascimento ____/____/____

Quarto/leito _____ N.A. _____

Data ____/____/____ Horário ____ h ____

TCLE (Termo de consentimento livre e esclarecido) para procedimento cirúrgico ou invasivo

Eu, _____, portador(a) da
cédula de identidade RG nº _____, CPF/MF nº _____,
na qualidade de Cliente
 Responsável legal do cliente (grau de parentesco) _____

Declaro que:

- 1) Recebi, do(a) médico(a) abaixo identificado, todas as informações necessárias quanto aos riscos, benefícios e alternativas de tratamento, bem como fui informado sobre os riscos e benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s);
- 2) Compreendo que, durante o(s) exame(s) e/ou procedimento(s) _____, poderá(ão) apresentar-se outra(s) situação(ões) ainda não diagnosticadas pelo(s) exame(s) acima referido(s), assim como também poderá(ão) ocorrer situação(ões) imprevisível(eis) ou fortuita(s);
- 3) Estou ciente de que, em procedimento(s) médico(s) invasivo(s), como os citados acima, podem ocorrer complicações gerais, como sangramento, infecção, problemas cardiovasculares e respiratórios e outros;
- 4) Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) proposto(s), será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos técnicas e fármacos serão indicados pelo médico anestesista, estando também ciente dos riscos, benefícios e alternativas;
- 5) **Autorizo** os assistentes do(a) médico(a) abaixo identificado e/ou outros profissionais por ele(a) selecionados a participar do procedimento;
- 6) **Autorizo** qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos;
- 7) Confirmo que recebi explicações, li, compreendo e concordo com tudo me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar e alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com quais não concordasse. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

Nome completo _____

Assinatura do cliente/responsável _____



A Beneficência
Portuguesa
de São Paulo

Preenchimento médico

Confirmando que expliquei detalhadamente para o cliente/responsável, o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento descrito. Acredito que o cliente/responsável entendeu o que expliquei.

Nome completo _____

Assinatura, carimbo e CRM _____

