



A Beneficência
Portuguesa
de São Paulo

(PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA)

Nome: _____

Data Nascimento: ____/____/____

Quarto/Leito: _____ N.A: _____

TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU INVASIVO

Eu, _____, portador(a) da cédula de identidade RG nº _____, inscrito(a) no CPF/ME nº _____, data de nascimento ____/____/____, doravante denominado(a) PACIENTE, por este Termo, pessoalmente, ou, neste ato representado pelo responsável Sr(a). _____, portador(a) da cédula de identidade RG nº _____, inscrito(a) no CPF/ME nº _____, grau de parentesco _____, DECLARO para os devidos fins que:

1) Recebi, do(a) médico(a) abaixo identificado(a), 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) **(ESCREVER POR EXTENSO, SEM RASURA E INCLUIR A LATERALIDADE SE HOUVER)**: _____ poderá(ão) ocorrer 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 o(s) citado(s) acima, podem ocorrer complicações gerais, como sangramento, infecção, problemas cardiovasculares, respiratórios e outros.

4) Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) proposto(s), será necessário o emprego de anestesia e/ou sedação, cujos métodos técnicas e fármacos serão indicados pelo médico anestesista, estando também ciente dos riscos, benefícios e alternativas.

5) Autorizo o(s) assistente(s) do(a) médico(a) abaixo identificado e/ou outros profissionais por ele(a) selecionados a participar(em) 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.

Confirmando que recebi explicações, li, compreendo e concordo com tudo o que 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.

