**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO**

O termo descrito abaixo tem o objetivo de informar e esclarecer dúvidas quanto ao(s) exame(s)/procedimento(s) a ser(em) realizado(s), visando o cumprimento ético e legal quanto aos riscos do(s) mesmos.

Eu, ....................................................................................................................................................(nome completo, ou nome do responsável), portador(a) do RG ..................................................... e inscrito(a) no CPF/MF sob nº ..................................................., residente e domiciliado(a) na ......................................................................................................................................., na cidade de .............................................................., estado de................., declaro para os devidos fins ter autorizado ao médico Dr(a). ..........................................................................................................................................., inscrito(a) no CRM/SP sob o nº......................................................., a realizar o procedimento .......................................................................................................................................................................................

Recebi todas as informações necessárias em linguagem clara e acessível, quanto aos riscos, benefícios, 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).

Compreendo que durante o(s) procedimento(s) poderá(ão) apresentar-se outra(s) situação(ções) ainda não diagnosticada(s) pelo(s) exame(s) previamente realizados, assim como também poderá(ão) ocorrer situações imprevisível(eis) ou fortuitas.

Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como citado, podem ocorrer complicações gerais, previstas em literatura médica, tais como sangramento, infecção, problemas cardiovasculares e respiratórios, inclusive a morte.

Autorizo o médico identificado neste termo, bem como seus assistentes e/ou outros profissionais por ele selecionados, a intervir no procedimento. 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.

Confirmo que li, recebi explicações, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse. Tive a oportunidade de fazer perguntas que me foram respondidas satisfatoriamente, assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

Sobre os RISCOS EPIDEMIOLÓGICO DURANTE A PANDEMIA DE COVID – 19, DECLARO que fui devidamente esclarecido pelo meu médico cirurgião e estou completamente ciente dos riscos que estarei exposto (a) durante o período da minha internação, referente à possível e eventual contaminação pelo COVID – 19, também chamado de NOVO CORONAVÍRUS. Tal risco decorrerá do contato ou aproximação com outros pacientes infectados, mesmo que assintomáticos, ou até mesmo, com outros profissionais da saúde e com materiais médico-hospitalares que poderão estar infectados.

Tenho ciência que eventual infecção com o COVID – 19 poderá provocar em meu organismo febre, dores musculares, dificuldade respiratória e, até a morte.

Bebedouro, ............... de......................................... de...............

|  |
| --- |
| Nome e assinatura do Responsável |

|  |
| --- |
| Nome e assinatura de Testemunha (acompanhante) |

|  |
| --- |
| Carimbo e assinatura do médico |