



**TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA PROCEDIMENTOS
ESPECÍFICOS**

Paciente/Responsável: _____

Cédula de Identidade: _____ **Estado Civil:** _____

Nacionalidade: _____ **Profissão:** _____

Endereço: _____

Cidade: _____ **Telefone:** _____

Autorizo a realização do(s) seguinte(s) procedimento(s) e/ou cirurgia(s): _____ indicado pelo médico assistente _____ devidamente credenciado no Hospital e Maternidade Pro Matre, que assina este termo.

1- A proposta do procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que serei submetida, seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram explicadas claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

2- Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

3 - Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.

Caso seja coletado material durante o procedimento autorizo o exame anatomopatológico, assim como citopatológico ou cultura: de material, peças cirúrgicas, órgão, amostra de tecido, fluidos corpóreos, autópsias ou imuno-histoquímica solicitados pelo médico(a) e/ou equipe que acompanha meu caso. (Resolução CFM nº 2.169 de 30 de outubro de 2017).

LABORATÓRIO DE PATOLOGIA CIRÚRGICA DR. FERDINANDO Q. COSTA LTDA.
Rua Doutor José de Queirós Aranha, 376 – Aclimação/SP – CEP: 04106-062
Diretor Técnico: Dr. Ricardo Borges da Costa – CRM 53736

SALOMÃO E ZOPPI SERVIÇOS MÉDICOS E PARTICIPAÇÕES S/A
Avenida Carinás, 635 – Moema/SP – CEP: 04086-011
Diretor Técnico: Dr. Gianfranco Zampieri – CRM 43268

GIP MEDICINA DIAGNÓSTICA S/A – FEMME LABORATÓRIO DA MULHER
Rua Afonso Freitas, 188 – Paraíso/SP – CEP: 04006-050
Diretor Técnico: Dr. Rogério Ciarca Ramires – CRM 76530



DIAGNÓSTICOS DA AMÉRICA S/A – DASA (GeneOne)
Avenida Juruá, 434 – Alphaville – Barueri/SP – CEP: 06455-010
Diretor Técnico: Dra. Marcia Simões Cortinhas – CRM 91809

Declara a paciente estar ciente que o material coletado durante o procedimento foi encaminhado para o laboratório acima assinalado.

Ciente _____

- O paciente tem o direito de optar pela realização de seu exame em laboratório da sua escolha, devendo, nesse caso, receber orientações para que ele próprio possa providenciar esse encaminhamento, assinando um respectivo termo de responsabilidade. (Resolução nº 20, de 10 de abril de 2014, da Anvisa).

4 - Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade de anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse.

Paciente:

Responsável:

Nome legível: _____

Grau de Parentesco: _____ Identidade nº _____

5- **Declaro que não autorizo o procedimento (s) e/ou cirurgia (s) proposta, estando ciente dos riscos da minha decisão.**

Data e hora de aplicação do termo:

Assinatura

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO (A)

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que a paciente acima referida está sujeita, a própria paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, a paciente e/ou responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome de Médico (a): _____

Assinatura _____ CRM _____



SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA ou RISCO DE MORTE IMINENTE ou DANO IRREVERSÍVEL

Em decorrências de situações graves de extrema urgência, em que não foi possível fornecer a paciente, seu cônjuge e/ou responsável, todas as informações necessárias ao perfeito entendimento e compreensão deste documento no período anterior à internação nesta unidade, ficam registrados em prontuário medico os procedimentos e terapias necessárias adequadas à melhor prática médica, que preferencialmente deverá ser fornecido a paciente, seu cônjuge e/ou responsável em período posterior para conhecimento e consentimento.

Data: __/__/____ Hora: _____

Médico - CRM _____