



**Termo de Ciência e  
Consentimento  
para Procedimentos  
Invasivos e Cirurgias**

(Consentimento informado  
- Norma Técnica Resolução SS-169 de 19/06/96)

**Preencher quando não houver etiqueta**

Paciente: \_\_\_\_\_

Passagem: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Prontuário: \_\_\_\_\_

Autorizo a realização do(s) seguinte(s) procedimento(s) invasivo(s) e/ou cirurgia(s):

\_\_\_\_\_ indicado pelo Dr.(a) abaixo mencionado (a) e sua equipe, médicos (a) credenciados (a) no HIAE.

1. A proposta do procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que serei submetido (a), 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.
4. Documentação recebida:  Não  Sim Qual: \_\_\_\_\_

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

Paciente  Responsável

Nome legível: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_ Identidade N.º: \_\_\_\_\_

São Paulo \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

**Deve ser preenchido pelo médico**

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

Nome do médico \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_

**Termo de acompanhante do paciente submetido a procedimentos ambulatoriais**

Eu, \_\_\_\_\_ Identidade N.º \_\_\_\_\_ responsabilizo-me por acompanhar o paciente acima após o procedimento cirúrgico ambulatorial realizado no Hospital Israelita Albert Einstein, até sua residência.

São Paulo \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

