

**TERMO DE ESCLARECIMENTOS, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO  
(CONSENTIMENTO INFORMADO)**

Por este instrumento, eu \_\_\_\_\_  
(Nome legível, completo e por extenso)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

declaro para todos os fins e efeitos legais que: \_\_\_\_\_

- 1) Fui informado (a) pelo médico (a)/odontólogo (a) de que as avaliações e os exames realizados revelaram a (s) seguinte (s) alteração (ões) e diagnóstico(s)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- 2) Recebi e considerei satisfatórias as explicações quanto aos benefícios, riscos, alternativas de tratamento, bem como fui informado (a) sobre os benefícios e/ou riscos de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da (s) enfermidade (s) diagnosticada (s).

- 3) Estou ciente de que, durante o (s) exame (s) e/ou procedimento (s)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

para tentar curar, ou melhorar a (s) supra citada (s) condição (ões) poderá (ão) apresentar-se outra (s) situação (ões) ainda não diagnosticada (s) pelo (s) exame (s) acima referido (s), assim como também poderá (ão) ocorrer situação (ões) imprevisível (eis) (fortuitas).

- 4) Fui informado (a) que, sendo necessária a realização de anestesia, deverei seguir os cuidados recomendados no período anterior a mesma, sendo a escolha da técnica prerrogativa do profissional competente.

- 5) Estou ciente que, durante ou após o (s) procedimento (s) antes mencionado (s), poderão ocorrer complicações, apesar da adequada conduta técnica por parte dos profissionais.

- 6) Por livre iniciativa aceito correr os riscos inerentes e dou permissão/autorização voluntária para que o (s) procedimentos seja (m) realizado (s) da forma como foi exposto no presente termo; os procedimento (s) necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e/ou emergenciais deverão ser conduzidos de acordo com a conveniência singular de cada evento.
- 7) A permissão/autorização é dada ao (a) médico (a) odontólogo (a), bem como ao (s) seu (s) assistente (s) e/ou outro (s) profissional (ais) por ele selecionado (s) a intervir no (s) procedimento (s) e de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de co-participação.
- 8) Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao (s) procedimento (s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura.
- 9) Minha assinatura, abaixo, portanto, consente ao médico (a), odontólogo (a) abaixo identificado a realizar o (s) procedimento (s) e permite o seu próprio julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos disponíveis na atualidade pela Medicina/Odontologia, no local onde se realiza o (s) tratamento (s).

Porto Alegre, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_ .

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do paciente)  
\_\_\_\_\_

Assinatura do (a) responsável pelo (a) paciente, caso de pacientes menores de 18 anos incapaz, ou que esteja impossibilitado fisicamente de assinar este documento.

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou seu (s) familiar(es) ou responsável (eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o (s) tratamento (s) e procedimento (s) acima descritos.

Data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do médico/odontólogo  
CREMERS/CRO

**TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO  
PARA ANESTESIA, SEDAÇÃO OU ACOMPANHAMENTO DO ANESTESISTA**

Eu, abaixo identificado, declaro que fui informado quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento anestésico ao qual serei submetido e complementei as informações solicitadas pelo médico anesthesiologista.

**PROCEDIMENTO A SER REALIZADO:** \_\_\_\_\_

**CIRURGIÃO:** \_\_\_\_\_ **DATA:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Estou ciente que a técnica anestésica pode ser modificada por variáveis que o meu anesthesiologista achar relevante no momento do procedimento.

Autorizo o médico abaixo identificado, a realizar o ato anestésico adequado ao procedimento que serei submetido(a).

Declaro ainda que:

1) Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s), será necessário a utilização de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos serão escolhidos pelo médico anesthesiologista. A técnica anestésica a qual serei submetido(a), seus benefícios, riscos e complicações potenciais foram explicadas a mim claramente. As dúvidas que possuía foram esclarecidas satisfatoriamente.

2) Entendo que não existe garantia absoluta sobre resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no hospital para o melhor resultado possível.

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

4) Declaro que informei ao médico anesthesiologista todas as doenças, medicações que utilizo, complicações de anestésias anteriores e reações alérgicas que tive decorrente de medicamentos por mim utilizados, antes do procedimento a que serei submetido.

5) Declaro ainda que fui informado(a) que o tabagismo, o álcool, o uso de drogas entorpecentes, anfetaminas, inibidores de apetite, entre outros, são fatores que podem trazer prejuízos ao procedimento e/ou tratamento a que serei submetido, e cujas complicações e intercorrências que poderão ocorrer foram a mim esclarecidas.

6) Autorizo a liberação dos dados anestésicos para fins de pesquisa estatística e inclusão em banco de dados, mantendo-se a confidencialidade de meu nome.

7) Confirmo que recebi explicações, li, compreendo e concordo com tudo que foi esclarecido a mim e que foi concedida a oportunidade de questionar qualquer parágrafo ou palavra não compreendida, tendo a oportunidade de fazer perguntas que foram respondidas satisfatoriamente. Tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

**Porto Alegre,** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Hora:** \_\_\_\_:\_\_\_\_

**Nome Completo:** \_\_\_\_\_

**Data de Nascimento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**CPF:** \_\_\_\_\_ **Assinatura:** \_\_\_\_\_

Expliquei todo o procedimento anestésico ao paciente e/ou responsável acima identificado, tratando sobre os benefícios, riscos e complicações do mesmo, tendo respondido as perguntas formuladas pelo(s) mesmo(s) de forma esclarecedora. Conforme meu entendimento, o paciente e/ou responsável está(ão) em condições de compreender o que lhes foi informado.

**Médico Anesthesiologista:** \_\_\_\_\_ **CREMERS:** \_\_\_\_\_

**Assinatura e Carimbo:**