

**Definição:** De acordo com a Lei nº 12.842 de 10 de julho de 2013 em vigor, procedimentos invasivos de exclusividade médica são todos aqueles que invadem orifícios ou cavidades corporais já existentes ou feitos cirurgicamente atingindo órgãos internos.

Declaro que:

1. É de livre e esclarecida vontade a realização do procedimento médico invasivo-cirúrgico denominado \_\_\_\_\_  
que será realizada pelo Dr. ou Dra. \_\_\_\_\_, CRM Nº \_\_\_\_\_
2. Recebi informações que o procedimento ao qual irei realizar é contraindicado para pacientes com \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.
3. Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos podem ocorrer complicações gerais como: sangramento, infecção, problemas cardiovasculares e respiratórios.
4. Recebi esclarecimento da equipe médica sobre os benefícios, alternativas de tratamento, inclusive cirúrgico, assim como acerca das contraindicações, riscos, inclusive de morte, complicações e via de acesso do procedimento médico invasivo-cirúrgico, indicado de acordo com o quadro clínico, possibilidade de reintervenção, permanência no hospital superior ao previsto e transfusão de sangue.
5. Compreendo que durante o procedimento poderá apresentar outras situações ainda não diagnosticadas assim como também poderão ocorrer situações imprevisíveis ou fortuitas. Concordo e autorizo que o médico realize procedimentos que sejam necessários em decorrência de situações imprevisíveis ou fortuitas.
6. Recebi informação que poderão ocorrer infecções por várias causas decorrentes ou não do procedimento médico invasivo-cirúrgico e, que dependendo do tipo de procedimento poderá sobrevir uma cicatriz sujeita à formação de quelóide (cicatriz alta com forma de cordão) ou ainda cicatrização hipertrófica, independentemente da habilidade do cirurgião, visto que dependem de minhas características pessoais.
7. Recebi informação que para realizar uma intervenção médica invasivo-cirúrgica será necessário o emprego de anestésico, cujos métodos, preparo (avaliação pré-operatória), técnicas e fármacos serão de indicação e responsabilidade exclusiva da equipe médica da anestesia, porém concordo e autorizo a equipe médica a suspender o procedimento invasivo-cirúrgico, em caso de intercorrência.
8. Foi esclarecido quanto à necessidade de que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente deve ser encaminhado para exames complementares para esclarecimento diagnóstico ou tratamento, o que autorizo desde já.
9. Foram observadas todas as orientações necessárias para o procedimento, bem como foram fornecidas as informações sobre meu estado de saúde, incluindo doenças, medicações as quais apresentou alergia, medicações em uso contínuo ou eventual, sem nada ocultar, tendo recebido orientação quanto à necessidade de suspensão ou manutenção dessas medicações.

10. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas de maneira satisfatória. Entendo que não existe garantia sobre os resultados e que este termo não contempla todas as complicações e riscos conhecidos e possíveis de acontecer neste procedimento, mas apenas os mais frequentes.

11. Li, recebi esclarecimentos de forma compreensível pela equipe médica, incluindo o direito de revogação do consentimento dado, desde que seja feito antes do início da realização do procedimento proposto.

Desta forma, diante da compreensão do alcance dos benefícios, riscos, alternativas e pleno conhecimento do inteiro teor deste termo, AUTORIZO a realização do procedimento cirúrgico proposto. Afirmo ainda que o presente termo integrará o prontuário médico, na hipótese de realização do procedimento durante a internação hospitalar.

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

### **Preenchimento Obrigatório pelo Paciente ou Representante legal**

Nome legível: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
Grau de Parentesco ou vínculo: \_\_\_\_\_  
(obrigatório nos casos de representação):

### **Preenchimento Obrigatório pela Equipe Médica**

Expliquei o procedimento ao qual o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente ou seu representante legal, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu representante legal, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do Médico

### **Testemunhas:**

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

Revogação: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_, às \_\_\_\_ horas e \_\_\_\_ minutos.

\_\_\_\_\_  
Paciente ou Representante Legal