

**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 e ou cavidades corporais já existentes ou feitos cirurgicamente atingindo órgãos internos.

Declaro que:

1. Recebi esclarecimento da equipe médica \_\_\_\_\_, CRM/\_\_\_\_ que o menor necessita realizar o procedimento denominado \_\_\_\_\_ como forma de tratamento para \_\_\_\_\_.

2. Estou ciente que pode haver riscos associados a este procedimento, bem como presença de complicações técnicas durante a cirurgia, que impeçam a sua realização, incluindo suspensão por impossibilidade de realização da anestesia, condições clínicas da criança (gripe, jejum inadequado, etc.) ou outros problemas surgidos imediatamente antes do ato cirúrgicos.

3. Recebi esclarecimento que pode haver dor na região do corte cirúrgico requerendo medicamentos analgésicos.

4. Compreendo que pode haver edemas, hematomas, cicatrização esteticamente inadequada por fatores individuais (queloides, cicatriz hipertrófica etc.).

5. Reconheço que durante o procedimento médico ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia; novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos previamente neste consentimento, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados. Assim sendo, autorizo a equipe médica a executar esses atos e outros procedimentos que sejam considerados necessários e desejáveis.

6. Esta autorização estende-se a todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento da equipe médica responsável por meu tratamento até o momento em que o procedimento cirúrgico for iniciado.

7. Estou ciente de que as complicações acima mencionadas não incluem todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer neste procedimento, mas apenas os mais frequentes. Fui informado também sobre alternativas terapêuticas \_\_\_\_\_ ao \_\_\_\_\_ tratamento \_\_\_\_\_ proposto, \_\_\_\_\_ incluindo \_\_\_\_\_.

8. Estou ciente que para realizar uma intervenção médica invasiva-cirúrgica será necessário o emprego de anestésico, cujos métodos, preparo (avaliação pré-operatória), técnicas e fármacos serão de indicação e responsabilidade exclusiva da equipe de anestesia. Concordo e autorizo a equipe médica a suspender o procedimento invasivo-cirúrgico, em caso de intercorrência, por ocasião da aplicação do anestésico, que implique em aumento do risco do ato cirúrgico.

9. Recebi esclarecimento quanto à necessidade de que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente deve ser encaminhado para exames complementares para esclarecimento diagnóstico ou tratamento, o qual autorizo desde já.

10. Estou ciente que eventuais resultados adversos podem ocorrer mesmo com os melhores cuidados técnicos aplicados. Assim, decidi conjuntamente com a equipe médica responsável pelo tratamento proposto acima, como a melhor indicação neste momento para o quadro clínico do menor.

11. Recebi explicações de forma clara sobre a natureza e os objetivos do procedimento, e estou ciente que este procedimento médico não é isento de riscos, já que além daquelas complicações possíveis durante a cirurgia existem outras que podem ocorrer no pós-operatório imediato ou tardio.

12. Foram observadas todas as orientações necessárias para o procedimento, bem como foram fornecidas as informações sobre estado de saúde do menor, 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.

13. 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.

14. Li, recebi esclarecimentos de forma compreensível pela equipe médica responsável, 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 invasivo-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