


| QUALIDADE   |   | Código do Formulário<br>QLD.FOR.037 |  |
|---|---|-------------------------------------|--|
|  | TERMO DE CONSENTIMENTO  |                                     |  |
|   | Código: CC.TCLE.004   |                                     |  |
|   | Data Revisão Atual: 08/05/2026  | Data do Vencimento: 08/05/2028      |  |
|   | Nome: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Anestesia ou Sedação |                                     |  |

Por este instrumento, eu \_\_\_\_\_, nascido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, ou meu responsável, Sr(a) \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_ declaro, para todos os fins legais especialmente do disposto no artigo 39, VI da Lei 8.078/90 que AUTORIZO o(a) Md. (a) \_\_\_\_\_ CREMERS nº \_\_\_\_\_ ou qualquer outro membro da equipe de Anestesiologistas do Hospital Comunitário São Peregrino Lazziozi, a realizar o seguinte procedimento anestésico/sedação: \_\_\_\_\_, a fim de possibilitar a realização do procedimento proposto.

Declaro ter sido devidamente esclarecido quanto aos benefícios, riscos, possíveis complicações e alternativas relacionadas ao procedimento, tendo tido a oportunidade de formular perguntas, as quais foram respondidas de forma satisfatória. Declaro, ainda, ter compreendido que, antes, durante e após o procedimento, poderão ser realizados, conforme as necessidades de cada caso, monitorização cardíaca, aferição da pressão arterial, controle da concentração de oxigênio no sangue, do gás carbônico expirado, da diurese, da temperatura corporal, das perdas de líquidos e sangue, entre outros parâmetros necessários ao adequado acompanhamento clínico.

Declaro também que prestei ao Médico Anestesiologista todas as informações necessárias ao pleno conhecimento deste acerca de minhas condições físicas e psicológicas, visando a anestesia sem ocultar qualquer fato ou elemento. Todavia, em se tratando de procedimento médico, restam presentes os riscos inerentes e naturais ao ato anestésico.

Declaro ter sido informado que as ações médicas necessárias para promover o estado de anestesia/sedação ou a própria cirurgia podem desencadear complicações, algumas das quais: dificuldades respiratórias, transtornos cardíacos e vasculares, reações alérgicas ou tóxicas, lesões bucais, na pele, alterações neurológicas, centrais ou periféricas, cefaléia, rouquidão, e risco de óbito.


Declaro estar ciente que durante o procedimento cirúrgico poderá haver necessidade de complementação da anestesia com a adição de outras drogas ou outras técnicas (anestesia parcial complementada com anestesia geral ou geral complementada com bloqueio), buscando sempre o melhor resultado.

Declaro ainda, estar ciente que, consoante disposição legal expressa do Código de Ética Médica, é vedado ao médico efetuar qualquer procedimento/tratamento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévio do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente perigo de vida. Assim, se a evolução do quadro de saúde apresentado colocar a minha vida (ou do paciente) em risco, estou ciente de que serão adotados os procedimentos médicos e hospitalares recomendáveis, na tentativa de afastar o perigo da vida apurado, incluindo transfusão sanguínea.

Declaro estar ciente e de acordo que o material retirado pelo médico responsável pelas condutas em meu atendimento, obtido por qualquer método (biópsia, punção aspirativa, cirurgia ambulatorial ou em centro cirúrgico, esfregaços e/ou todo material destinado ao estudo anatomopatológico) deverá ser submetido a exame anatomopatológico. Este exame consiste na avaliação dos tecidos e células a fim de elucidar o diagnóstico médico. Desta forma:

- ( ) Concedo e autorizo o encaminhamento da amostra para exame em laboratório especializado.  
 ( ) Não concedo e não autorizo o encaminhamento da amostra para exame. Relato estar ciente que a amostra coletada será descartada, podendo desta forma comprometer com o diagnóstico médico, bem como impedir o tratamento precoce em caso de constatação de alguma anomalia.

Declaro estar ciente de que os dados pessoais e informações de saúde serão tratados conforme Lei Geral de Proteção de dados (Lei nº 13.709/2018), exclusivamente para fins assistenciais, administrativos e legais relacionados ao atendimento.

| QUALIDADE   |   | Código do Formulário<br>QLD.FOR.037 |                                |
|---|---|-------------------------------------|--------------------------------|
|  | TERMO DE CONSENTIMENTO  |                                     |                                |
|   | Código: CC.TCLE.004   |                                     |                                |
|   | Data Revisão Atual: 08/05/2026  |                                     | Data do Vencimento: 08/05/2028 |
|   | Nome: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Anestesia ou Sedação |                                     |                                |

Finalmente, declaro ter sido atendido em minhas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, certifico que este termo me foi explicado e que eu o li, ou que foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo, e tendo aceitado as explicações sobre os mais comuns RISCOS DE COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressei meu pleno consentimento para sua realização.

Veranópolis (RS), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Ass. Paciente e/ou Responsável  
RG: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Md \_\_\_\_\_  
CRM \_\_\_\_\_