



HOSPITAL  
PRONTOLINDA

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE  
PROCEDIMENTOS ENDOSCÓPICOS DIGESTIVOS/ PULMONARES**

HPO.DME.DOC.020

**PACIENTE:**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Identidade N°: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_

Obs.: No caso de impossibilidade do paciente assinar, preencher os dados do Representante ou Responsável Legal.

**REPRESENTANTE / RESPONSÁVEL LEGAL:**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Identidade N°: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_ Grau de Relacionamento: \_\_\_\_\_

**EXAME:**

1. Estou ciente de que vou realizar um exame do tipo acima especificado, que meu médico assistente solicitou por considerá-lo necessário para um melhor esclarecimento e acompanhamento de meu estado de saúde.

2. O exame que será realizado, seus benefícios, riscos e complicações potenciais me foram claramente explicadas pelo Dr. \_\_\_\_\_ CRM N° \_\_\_\_\_. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e quando as fiz, obtive respostas de maneira adequada e satisfatória.

3. Autorizo qualquer outro procedimento, exame ou tratamento, em situações que possam ocorrer durante o presente procedimento e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

4. Autorizo também a realização de fotos e/ou vídeos para documentação do exame, que poderão ser utilizados com finalidades científicas, obedecendo-se os critérios de confidencialidade e sigilo impostos pela legislação vigente.

5. Assim, declaro agora que estou satisfeito (a) com as informações recebidas e que compreendo o alcance e riscos do procedimento, entendendo que o resultado deve ser interpretado junto com os demais dados da história clínica.

Olinda, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Paciente) ou (Responsável / Representante Legal)

\_\_\_\_\_  
Testemunha

\_\_\_\_\_  
Testemunha

**MÉDICO RESPONSÁVEL (em situação de Emergência, dois médicos deverão assinar)**

( ) Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima.

( ) Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por se tratar de situação de EMERGÊNCIA.

Olinda, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Médico CRM N°

\_\_\_\_\_  
Médico CRM N°

Elaborador:	DR. GUTEMBERG GUERRA		
Aprovador:	DRª LUCIENE MELO		
Homologador:	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Data da Emissão:	31/01/2013	Revisão:	00
		Data da Revisão:	31/01/2015