

**TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO
(CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO – ROBÓTICA)**

Paciente(nome completo):		
Data de nascimento:	/	/
		Atendimento:

Declaro que fui informado(a) pelo médico abaixo identificado de que as avaliações e exames realizados revelaram alteração(ões). Recebi todas as informações necessárias sobre benefícios, alternativas de tratamento, bem como fui informado(a) sobre os riscos e benefícios de não ser tomada nenhuma atitude diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s). Fui esclarecido(a) sobre as técnicas utilizadas para a realização do procedimento ao qual serei submetido(a), bem como as alternativas, riscos, benefícios e sobre possíveis complicações. Compreendo que, durante o(s) exame(s) e/ou procedimento(s) de:

para tentar curar, ou melhorar a(s) supracitada(s) condição(ões), poderá(ão) apresentar-se outra(s) situações imprevisíveis ou fortuitas.

Estou ciente de que, em procedimentos médicos invasivos, como o citado, podem ocorrer complicações gerais, como sangramento, hematoma(s), infecção (local ou disseminada), problemas cardiovasculares e respiratórios entre outros. Fui informado(a) também de que nos casos de procedimentos minimamente invasivos videoassistidos com e sem o auxílio de robô, podem ocorrer situações durante o procedimento que exijam a conversão para técnicas convencionais.

Estou ciente de que, para realizar o(s) procedimento(s) proposto(s), será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos serão indicados pelo médico anestesista, estando também ciente dos riscos, benefícios e alternativas.

Autorizo o médico abaixo identificado, bem como seus assistentes e/ou outros profissionais por ele selecionados a intervir no procedimento. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue.

Declaro ter plena ciência de que caso opte por procedimento através do uso de técnicas que não possuam cobertura contratual junto às operadoras de Planos de Saúde, como acontece com a robótica, por exemplo, os custos relativos às despesas hospitalares da internação correrão sob responsabilidade exclusiva do paciente e/ou responsável, uma vez que o plano de saúde não dá cobertura para este tipo de procedimento, assim como, deverei quitar diretamente os honorários médicos de toda a equipe envolvida no tratamento cirúrgico proposto.

Confirmando que li, recebi explicações, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse. Tive a oportunidade de fazer perguntas que me foram respondidas satisfatoriamente, assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade para anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse.

Paciente Responsável

Nome legível:

Assinatura:

Grau de parentesco:

Identidade N°:

Belo Horizonte, / / Hora: :

Deve ser preenchido pelo médico

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico:

Assinatura:

CRM: