



## Termo de Consentimento Informado para Realização de Procedimentos Invasivos e Cirurgias

**Unimed**   
Araraquara

### Responsável / Representante Legal

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Data Nasc: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Identidade nº: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

### Paciente

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

Data Nasc: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Identidade nº: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_

Autorizo a realização do(s) seguinte(s) procedimento(s):  
\_\_\_\_\_

### Esclarecimento:

Indicado pelo médico(a) abaixo mencionado(a) e sua equipe, médico(as) credenciado(s) no Hospital São Paulo.

1. A proposta do procedimento / tratamento e/ou cirurgia a que serei submetido(a), seus benefícios, riscos e complicações potenciais e alternativas me foram claramente explicadas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e quando as fiz, obtive respostas de maneira adequada e satisfatória. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

### Consentimento

2.

- Concordo em receber, caso seja necessário, transfusão de sangue total, de seus componentes e hemoderivados, conforme prescrição de meu médico assistente. Declaro, ainda, que me foram fornecidas as orientações que terei de observar após realização da transfusão.
- Não concordo em receber transfusões de sangue e/ou seus componentes e hemoderivados e declaro estar ciente dos riscos decorrentes desta decisão. No entanto, em caso de risco iminente de morte constatado e assinado por dois médicos, declaro que é facultada aos médicos a decisão final quanto à efetivação da transfusão de sangue e hemocomponentes.

3. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.

4. Entendi que a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar este consentimento, antes que o procedimento se realize.

5. Declaro que tenho ciência de que está em curso a pandemia pelo Covid-19 e que me foi informado que não há disponibilidade em âmbito nacional, de kits para realização de exames destinados a identificar eventuais portadores assintomáticos da doença, razão pela qual, não é possível realizar este exame antes da realização do procedimento cirúrgico acima. Fui informado, ainda, de que pacientes assintomáticos podem apresentar os sintomas inerentes ao Covid-19 em decorrência de stress cirúrgico.

Referência técnica: "Clinical characteristics and outcomes of patients undergoing surgeries during the incubation period of COVID-19 infection, EClinicalMedicine (2020) - tradução do título do trabalho científico: Características Clínicas e resultados de pacientes submetidos a cirurgias durante o período de incubação da infecção pelo Covid-19 - EClinical Medicine - 2020".

Araraquara, de \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

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

Testemunha: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

Unimed de Araraquara – Cooperativa de Trabalho Médico  
Rua Carlos Gomes, 1943 – Centro – Araraquara-SP

**ANS - nº 364312**



## Termo de Consentimento Informado para Realização de Procedimentos Invasivos e Cirurgias

**Unimed**   
Araraquara

### Médico Responsável:

- Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal sobre o procedimento a ser realizado, conforme o termo acima. De acordo com meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável estão em condições de compreender o que lhes foi informado.
- Paciente portador de deficiência, sem acompanhante ou representante legal.
- Paciente analfabeto, sem acompanhante ou representante legal.

-----

REVOGAÇÃO: Araraquara, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
(Paciente) ou (Responsável / Representante Legal)