

## CONSENTIMENTO INFORMADO

### SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA

De acordo com o artigo 22 do Código de Ética Médica (Resolução CFM 1931/2009) e os artigos 6º III e 39 VI da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), que garante ao paciente informações sobre seu estado de saúde e dos procedimentos aos quais será submetido.

Eu, \_\_\_\_\_, Identidade  
nº: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_, declaro que estou  
devidamente informado (a):

Procedimentos Cirúrgico-Diagnósticos: \_\_\_\_\_

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_.

Declaro, para fins legais:

1- Que estou ciente que, a meu (nosso) pedido, serei (o paciente acima denominado será) submetido à anestesia para o procedimento referenciado, na data e hospital designados. Reconheço que a anestesia poderá ser administrada por outro médico da equipe de anestesiologia do Hospital SOCOR, não necessariamente aquele responsável pela minha consulta pré-anestésica. Poderá mesmo ser administrada por outro anestesiológico de outra equipe, caso meu procedimento seja referenciado para outro hospital.

2- Que tive total e integral conhecimento dos fatores que envolvem o ato anestésico em questão, através da explanação que foi prestada pelo Médico Anestesiologista que me examinou. Tive, portanto, oportunidade de receber esclarecimentos, e todas as informações necessárias a minha (nossa) perfeita compreensão dos aspectos ligados ao ato anestésico ao qual me submeterei.

3- Que reconheço (reconhecemos) que o(s) Médico(s) Anestesiologista(s) que administrarão a anestesia exerce(m) atividade de meio, ou seja, obriga(m)-se a prestar seus serviços da melhor forma e condições que lhe forem possíveis, agindo com a melhor técnica, zelo profissional e diligência em busca de seus objetivos.

4- Que foram informados pelo Médico Anestesiologista os riscos inerentes e naturais ao ato anestésico, conforme conhecimento médico atual. Que a prática da Anestesiologia está sujeita a complicações e reações adversas. Algumas comuns: tremores, náuseas, vômitos, dor de cabeça. Outras incomuns: avulsão dentária, rouquidão. E outras ainda extremamente raras: reação anafilática, seqüela neurológica, óbito. Dentre outras.

5- Que, a fim de prevenir eventuais problemas, foram prestadas ao Médico Anestesiologista que me examinou todas as informações relativas às condições médicas, físicas e psicológicas da minha pessoa (do paciente), informações estas que foram transcritas para a Ficha de Avaliação Pré-Anestésica;

6- Que minha internação no Hospital referenciado deu-se por livre e espontânea vontade, e que tenho conhecimento que o(s) Médico(s) Anestesiologista(s) apenas se responsabiliza(m) pelos procedimentos de sua especialidade, não se obrigando ou se responsabilizando pela qualidade dos serviços que serão prestados pela instituição hospitalar ou por outros profissionais que participem do ato cirúrgico, bem como do tratamento ou internação como um todo;

7- Que, por este ato, reconheço que o(s) Médico(s) Anestesiologista(s) será(ão) remunerado(s) pela Instituição de Assistência Médica à qual estou (estamos) filiados. Equipamentos, exames e medicamentos necessários ao ato anestésico serão também pagos pela Instituição ao Hospital.

8- Que reconheço que, em caso de mudança para acomodação superior àquela contratada junto ao meu plano de saúde, o médico anestesiológico bem como demais médicos assistentes e a Instituição Hospitalar fazem jus à complementação financeira. De outro modo, reconheço também

que arcarei com as despesas (honorários e demais despesas) **em casos de procedimentos particulares ou não previstos no rol de procedimentos cobertos pelo meu plano de saúde.**

9- O presente instrumento reveste-se de força executiva, como título de crédito extrajudicial, conforme previsão do inciso III do artigo 784 da Lei nº. 13.105/15.

A presente declaração foi lida e compreendida em todos os seus termos.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente/responsável (\*)

\_\_\_\_\_  
Assinatura/ CRM/ carimbo do médico responsável pelo Termo de Consentimento

**DADOS DO RESPONSÁVEL (\*)** No caso de pacientes menores de idade ou que estejam incapacitados de responderem autonomamente

Nome completo: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Identidade: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

#### **CONSENTIMENTO INFORMADO NÃO OBTIDO: EMERGÊNCIA**

Hora: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Devido ao estado clínico do paciente, em emergência/risco de morte iminente, ou de possibilidade de deterioração das funções vitais, não foi possível fornecer ao paciente ou ao seu responsável as informações necessárias para obtenção deste Consentimento Informado. Assim optei, baseado no melhor julgamento clínico, realizei e o registrei no prontuário os procedimentos necessários e adequados pelas melhores práticas médicas, para melhorar sua situação clínica do paciente em questão.

\_\_\_\_\_  
Assinatura/CRM/carimbo do médico responsável pelo atendimento

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_ .