



Hospital
da Bahia

CAS – CLÍNICA DE ANESTESIA DE SALVADOR

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ANESTESIA

PACIENTE: _____ RG Nº: _____

HOSPITAL: _____

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS/ DIAGNÓSTICOS: _____

Declaro, para fins legais:

1º Que a meu pedido, autorizo o Anestesiologista da CAS – Clínica de Anestesia do Salvador, a realizar em mim ou no paciente pelo qual sou responsável, o procedimento anestésico indicado para o procedimento cirúrgico/ diagnóstico proposto;

2º Que a proposta do procedimento anestésico/sedação a ser instituído, seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas de procedimento me foram explicadas claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no Hospital para ser alcançado/obtido o melhor resultado;

3º Que autorizo qualquer outro procedimento, exames, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos;

() SIM () NÃO obs.: _____

4º Que de maneira irrevogável e irretroatável, em caso de não cobertura por parte do plano/ seguro de saúde, assumo integral responsabilidade pelo pagamento de honorários médicos de anestesia. Confirmando que recebi, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade de anular qualquer espaço em branco, palavras ou parágrafos com os quais não concordasse.

() Paciente () Responsável

Nome Legível: _____

Grau de parentesco: _____

Identidade nº _____ Salvador/ BA; Data: ____/____/____ ; Hora: ____: ____

Assinatura: _____

Anestesiologista:

Nome Legível: _____

Assinatura: _____ CRM: _____