

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -
CIRURGIAS ELETIVAS**

Eu, _____, portador(a) do CPF nº _____ declaro que fui devidamente orientado(a) pela equipe de saúde do Hospital acerca da realização da cirurgia eletiva à qual serei submetido(a), bem como sobre os cuidados, documentos e preparações necessárias para a adequada execução do procedimento.

Declaro, ainda, que recebi informações claras, compreensíveis e suficientes, tendo oportunidade de esclarecer dúvidas, estando ciente de que o cumprimento das orientações abaixo é essencial para a segurança do procedimento cirúrgico, podendo o descumprimento acarretar adiamento ou cancelamento da cirurgia, por razões técnicas e assistenciais.

1. ORIENTAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS

Fui orientado(a) de que, para a realização da cirurgia eletiva, devo providenciar e apresentar, conforme aplicável ao meu procedimento:

- Guia do CIS-MIV, quando se tratar de procedimento vinculado ao referido consórcio;
- AIH – Autorização de Internação Hospitalar (original), devidamente autorizada;
- Exames pré-anestésicos, conforme solicitação médica;
- Avaliação de risco cirúrgico, quando indicada;
- Exames de sangue atualizados, conforme protocolo assistencial;
- Documentação pessoal (documento oficial com foto);
- Comparecimento em jejum, conforme orientação médica previamente fornecida;
- Exames de imagem referente ao procedimento cirúrgico;
- Comparecimento para internação hospitalar às _____ horas na data agendada para o procedimento, quando for indicado pelo profissional médico a internação.

2. ESCLARECIMENTOS IMPORTANTES

Declaro estar ciente de que:

- O não cumprimento das orientações acima poderá comprometer a segurança do procedimento;
- A ausência de documentos ou exames exigidos poderá resultar no adiamento ou cancelamento da cirurgia;
- A equipe assistencial poderá adotar as medidas necessárias para preservação da minha segurança e da qualidade da assistência prestada.

3. CONSENTIMENTO

Diante das informações recebidas, consinto de forma livre e esclarecida com a realização da cirurgia eletiva, bem como com os procedimentos assistenciais necessários à sua execução, conforme avaliação médica e protocolos institucionais.

Declaro, por fim, que as informações prestadas são verdadeiras e que este termo foi lido, compreendido e assinado de forma voluntária.

Viçosa/MG, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) Paciente ou Responsável Legal

Assinatura do Profissional Responsável pelo Esclarecimento - Médico

Endereços:

Unidade São Sebastião: Rua Tenente Kümmel, 36 – Centro – CEP: 36570-031– Viçosa – Minas Gerais
Unidade São João Batista: Rua dos Passos, 1000 – Nova Era – CEP: 36570-005 - Viçosa – Minas Gerais