Hospital Maternidade Frei Galvão	**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTO ANESTÉSICO**

Identificação do paciente:

Nome: _____

Data de nascimento: _____ / _____ / _____

Nº do RG: _____

Na condição de paciente do Hospital, ou de responsável legal, estando no pleno gozo de minhas faculdades mentais, declaro para fins legais que:

O Dr. (a) _____ explicou-me claramente a proposta do procedimento anestésico e seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas ao procedimento. Eu tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas as minhas perguntas foram respondidas inteira e satisfatoriamente.
Eu autorizo a execução em mim ou pelo paciente pelo qual sou responsável o seguinte procedimento anestésico: _____,
ou outro procedimento que o anestesista considere necessário frente a situações imprevisíveis que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
Eu reconheço que nenhuma garantia me foi dada sobre resultados, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no hospital, para ser alcançado/obtido o melhor resultado.
Eu que li e compreendi perfeitamente os itens acima e que todos os espaços em brancos foram preenchidos antes de minha assinatura. Eu anulei quaisquer parágrafos ou palavras com as quais não estou de acordo.

Paciente ☐ Responsável ☐

_____

Assinatura do Paciente e/ou Responsável legal

TERMO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

Eu certifico que expliquei o procedimento anestésico e as alternativas, respondi satisfatoriamente a todas as perguntas do paciente e acredito que o paciente/responsável compreendeu tudo que eu expliquei.

Guaratinguetá,_____de_____de_____

_____

Carimbo e Assinatura do Médico