



**FORMULÁRIO**  
**TERMO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
**BUCOMAXILO**  
**HOSPITAL OURO BRANCO**

**INT: 006**

Revisão:001  
Data: 13/12/2022

**DADOS DO PACIENTE**

Nome:	Quarto / Leito: /
Data de Nascimento	Convênio:
Sexo:	Atendimento:
Nome da Mãe:	Prontuário:
Idade:	

**TERMO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO BUCOMAXILO**

Eu \_\_\_\_\_ portador do RG: \_\_\_\_\_ e CPF: \_\_\_\_\_  
declaro que optei ou fui orientado em realizar o procedimento cirúrgico de Bucomaxilo, aos cuidados de:  
Nome Médico: \_\_\_\_\_, CRM: \_\_\_\_\_ /

Declaro que recebi todas as explicações necessárias quanto aos riscos, benefícios, alternativas de tratamento, bem como fui informado(a) sobre o riscos e/ou benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s). Estou ciente de que, durante o (s) procedimento(s) para tentar curar, ou melhorar a(s) (s) condição (ões) poderá ( ão) apresentar-se outra(s) situação(ões) ainda não diagnosticadas, assim como também poderá(ão) ocorrer situação(ões) imprevisível (eis).

Declaro estar ciente que em procedimentos como o meu podem ocorrer complicações gerais como sangramento infecção, alergias, problemas cardiovasculares, respiratórios e morte.

Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) acima especificado(s) será necessário o emprego de anestesia que será administrada pelo anestesiológico. Compreendo e aceito que a administração de anestésicos pode causar complicações, ainda que isto seja pouco frequente.

Por livre iniciativa autorizo que o (s) procedimento (s) seja (m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, incluindo-se os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis, emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a concretude singular de cada evento de acordo com o julgamento técnico para que sejam alcançadas os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela medicina e disponíveis no Hospital.

Estou ciente de que o exercício da medicina é uma atividade de meio e não de fim, portanto nem sempre será possível obter um resultado ideal pois a principal intenção é a preservação da vida.

Esta autorização é dada ao (a) cirurgião, bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o seu julgamento profissional, quanto á necessidade de co- participação.

Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativa ao(s) procedimento (s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura e estou ciente de que posso desistir da realização deste procedimento a qualquer momento.

Teutônia:

\_\_\_\_\_  
Assinatura Paciente

\_\_\_\_\_  
Assinatura Cirúrgico

Assinatura Responsável:

\_\_\_\_\_  
Assinatura, CPF

\_\_\_\_\_  
Assinatura, CPF