



Cruz Vermelha Brasileira
Filial do Estado do Paraná
Hospital da Cruz Vermelha

Nome ou Etiqueta do Paciente

TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro, para fins legais, conforme segue:

01) Que estou ciente do fato de que, a meu pedido, em data de _____, estarei submetendo-me a procedimento anestésico, junto ao Hospital da Cruz Vermelha, a ser realizado por um dos Médicos Anestesiologistas da equipe de Anestesia deste hospital, a fim de possibilitar a realização da cirurgia/tratamento de _____

02) Declaro ainda que tive total e integral conhecimento dos fatores que envolvem o ato anestésico em questão, através de explanação que me foi prestada pelo Médico Anestesista, tendo tido oportunidade de receber esclarecimentos, informações e tudo o mais necessário à minha perfeita compreensão de todos os aspectos ligados ao ato anestésico a que me submeterei.

03) Declaro também expressa ciência de que o Médico Anestesista exerce atividade de meio, através da qual obriga-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, não se responsabilizando, todavia, se não os alcançar.

04) A fim de prevenir e afastar eventuais problemas, declaro também que prestei ao Médico Anestesista todas as informações necessárias ao pleno conhecimento deste acerca de minhas condições físicas e psicológicas, visando a anestesia, em especial através do preenchimento da "Ficha de Exame/ Avaliação Anestésica" anexa, sem ocultar qualquer fato ou elemento. Todavia, em se tratando de procedimento médico, restam presentes os riscos inerentes e naturais ao ato anestésico.

Citar riscos adicionais: _____

05) Declaro mais que meu internamento no hospital em questão deu-se por minha livre e espontânea vontade, tendo conhecimento que o Médico Anestesista apenas se responsabiliza pelos procedimentos de sua especialidade que desenvolverá, não se obrigando e/ou responsabilizando pela qualidade dos serviços que serão prestados pela instituição hospitalar ou por outros profissionais que participem do ato cirúrgico bem como do tratamento/ internamento em geral.

06) Em decorrência do procedimento anestésico, efetuei o pagamento em favor do Médico Anestesista em questão, a título de honorários médicos, a importância de R\$..... (.....). Em caso de possuir Plano de Saúde os honorários do Anestesista serão pagos pelo mesmo, que agora cito: _____. Estou ciente que, em alguns casos, o plano de saúde poderá não liberar todos os procedimentos, que deverão ser pagos por mim.

07) O valor supra refere-se tão-somente aos honorários médicos, sendo que declaro que me responsabilizarei também pelo pagamento dos exames, medicamentos, uso de equipamentos, próteses e outros que se fizerem necessários, mesmo aqueles conseqüentes do ato anestésico a que serei submetido.

Curitiba, de de

A presente Declaração foi por mim lida e compreendida em todos os seus termos

Paciente: _____

Testemunha: _____

Médico que realizou a consulta pré-anestésica:

Hospital da Cruz Vermelha Brasileira – Filial do Estado do Paraná
Av. Vicente Machado, 1280 – Batel - CEP 80420-011 – Curitiba – Paraná
Tel/Fax: (41) 3017-5212. E-mail: anestesiologia@cruzvermelhapr.com.br