



Hospital Unimed Três Corações

CNPJ: 42.855.999/0003-62 · Tel: (35) 3239-6060
Rua Tenente Clóvis Neder, 333 · Alto Perú
Três Corações/MG · CEP 37417-254 · hospital.unimedtc.coop.br

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino

Peso: _____ Kg Altura: _____ Pront.: _____ Data: ____/____/____

Hora: _____:_____

Cirurgia proposta: _____ Cirurgião: _____

SISTEMA CIRCULATÓRIO: _____ _____ _____ ECG: _____ Ergométrico: _____:_____ Eco: _____ Cine: _____ _____ _____ _____		SISTEMA RESPIRATÓRIO: _____ _____ _____ Gasometria: _____ Espirometria: _____ Rx Tórax: _____ _____ _____	
SISTEMA NERVOSO CENTRAL: _____ _____ _____ _____	CAVIDADE ORAL (INTUBAÇÃO): _____ _____	EXAMES LABORATORIAIS: Ht: _____ TP: _____ Hb: _____ KTTTP: _____ Na _____ K: _____ Ur: _____ Cr: _____ Glic: _____ Plaq: _____	
	RENAL-URINÁRIO: _____ _____		
SISTEMA DIGESTIVO: _____ _____ _____ _____	ORTOPÉDICO: _____ _____ _____ _____	HIST MENSTRUAL/GRAVID: _____ _____ _____ _____	
SISTEMA ENDÓCRINO: _____ _____ _____ _____	SANGRAMENTOS: _____ _____ _____ _____	ALERGIAS: _____ _____ _____ _____	
MEDICAÇÕES EM USO: _____ _____ _____ _____ _____		CIR. ANESTESIAS PRÉVIAS: _____ _____ _____ _____ _____	
AVALIAÇÕES COMPLEMENTARES REALIZADAS: _____ _____ _____ _____		CONDUTA: _____ _____ _____ TÉC.SUGERIDA: _____ _____ _____	

COMENTÁRIOS: _____

ESTADO FÍSICO: _____

Três Corações - MG , ____/____/____.

Paciente e/ou Responsável

Médico Anestesiologista - CRM-MG

Eu _____ identidade nº _____, declaro que:

- 1- Recebi explicações detalhadas da(s) proposta(s) de procedimento(s) anestésico(s) ao qual(is) eu (ou o paciente por quem me responsabilizo) possa vir a ser submetido. Fui informado de seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas prováveis bem como, tive a oportunidade de fazer perguntas e sanar todas as minhas dúvidas, que foram esclarecidas.
- 2- Autorizo, portanto, a realização do(s) procedimento(s) descrito(s) bem como, outro(s) que o médico anestesiologista considere necessários frente a(s) situação(es) não prevista(s) que possa(m) ocorrer e justifique(m) intervenção(es) diferente(s) daquela(s) discutida(s).
- 3- Estou ciente de que não é possível garantir a evolução, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no hospital para obter o melhor resultado.

Ass: _____

Ass: _____

Nome Paciente: _____

Nome Responsável: _____

Certifico que expliquei o(s) procedimento(s) anestésico(s) possivelmente usado(s) neste caso, seus benefícios e alternativas. Creio ter respondido satisfatoriamente todas as perguntas que me foram feitas e que o paciente/responsável tenha compreendido o que lhe foi explicado.

Três Corações - MG , ____/____/____ Horário ____:____

Ass: _____

Médico Anestesiologista - CRM-MG _____

Código de Ética Médica - Art. 22. É vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 34. É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Lei 8.078 de 11/09/1990 - Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 9º - O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto. **Art. 39º** - É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI - executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.