

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO Anestesia, sedação ou acompanhamento do anestesista

### 1 - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_ residencial: \_\_\_\_\_ celular: \_\_\_\_\_  
Convênio: \_\_\_\_\_ Plano: \_\_\_\_\_

### 2 - DO RESPONSÁVEL LEGAL (responsável pelo paciente)

Nome: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Vínculo: Pai ( ) Mãe ( ) Cônjuge ( ) Filho(a) ( )  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_ residencial: \_\_\_\_\_ celular: \_\_\_\_\_

### 3 - DO CONSENTIMENTO ANESTÉSICO

**3.1.** O beneficiário ou seu representante legal autoriza o anesthesiologista credenciado pelo SANTOS DUMONT HOSPITAL a realizar procedimento anestésico que seja compatível com a condição clínica do paciente e com procedimento cirúrgico proposto.

**3.2.** Declara ainda que foi alertado pelo profissional anesthesiologista acerca dos benefícios, riscos, complicações potenciais advindas do procedimento anestésico e que lhe foi concedida a oportunidade para fazer perguntas sobre o procedimento médico ora informado e declara que possui ciência de que não existe garantia absoluta sobre os resultados do procedimento.

**3.3.** O beneficiário ou seu representante legal declara que entendeu que a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderá revogar este consentimento, antes que o procedimento se realize.

São José dos Campos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Testemunha

\_\_\_\_\_  
Médico Anesthesiologista



**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**  
**Anestesia, sedação ou acompanhamento do anestesista**

**4 - AUTORIZAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA DE CRIANÇAS PARA HOSPITAIS CREDENCIADOS**

EU, \_\_\_\_\_ portador do RG nº \_\_\_\_\_, autorizo a transferência da (o) \_\_\_\_\_ podendo ser esta transferência para hospitais localizados em São José dos Campos, Jacareí, Vale do Paraíba ou até mesmo hospitais credenciados localizados em São Paulo. Esta busca de vaga será realizada via Call Center sempre tendo prioridades hospitais próximo à residência do cliente.

São José dos Campos \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

