

**TERMO DE CIÊNCIA/CONSENTIMENTO INFORMADO PARA O SEGUINTE PROCEDIMENTO DE RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA**  
**EXAME / PROCEDIMENTO:** \_\_\_\_\_

PACIENTE:

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
Identidade No.: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_

Obs: No caso de impossibilidade do paciente assinar, preencher os dados do Representante ou Responsável Legal.

REPRESENTANTE / RESPONSÁVEL LEGAL:

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
Identidade No.: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_

Estou ciente de que vou realizar um exame / procedimento de radiologia intervencionista acima especificado, que meu médico assistente solicitou por considerá-lo necessário para melhor esclarecimento, acompanhamento e tratamento de meu estado de saúde.

A proposta do procedimento que será realizado e seus benefícios me foram claramente explicados pelo Dr. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ CRM No. \_\_\_\_\_, assim como os riscos e complicações potenciais, especialmente as seguintes:

Tive a oportunidade de fazer perguntas e, quando as fiz, obtive respostas de maneira adequada e satisfatória.

Autorizo qualquer outro procedimento, exame ou tratamento, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer durante o presente procedimento e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

Assim, declaro agora que estou satisfeito(a) com as informações recebidas e que compreendo o alcance e riscos do procedimento. Por tal razão, e nestas condições, dou o meu consentimento para que o mesmo seja realizado.

Também entendi que, a qualquer momento e sem prestar qualquer explicação, poderei revogar este consentimento, antes da realização do procedimento.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Paciente) ou (Responsável / Representante legal)

\_\_\_\_\_  
Testemunha

\_\_\_\_\_  
Testemunha

MÉDICO RESPONSÁVEL (em situações de Emergência, dois médicos deverão assinar)

( ) Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima.

( ) Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de situação de EMERGÊNCIA.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Médico, CRM No.

\_\_\_\_\_  
Médico, CRM No.

REVOGAÇÃO: RJ, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
(Paciente) ou (Responsável / Representante legal)