



ANS No. 33616-5

Declaração de Consentimento e Conhecimento de Prévio da Proposta Terapêutica - DCPT

Este documento visa registrar a orientação dada ao paciente (beneficiário/segurado), ou ao seu responsável, quanto aos aspectos técnico-médicos inerentes ao(s) procedimento(s) cirúrgico(s) que está(ão) sendo proposto(s) e solicitado(s), reforçando o necessário conhecimento prévio de riscos e complicações inerentes ao ato médico em questão.

DECLARAÇÃO DO CIRURGIÃO

Declaro que o paciente, conforme a seguir identificado, foi cientificado quanto ao seu quadro nosológico (CID _____), moléstia esta que por seu estágio e evolução indicam a(s) cirurgia(s) de _____ (código(s) _____), sendo que os detalhes e prognósticos frente a esta(s) intervenção(ões) cirúrgica(s), outros tratamentos ou terapias alternativos, bem como os riscos, complicações, inclusive àquelas inerentes ao não tratamento, foram por mim devidamente esclarecidos ao(à) paciente ou a seu(sua) responsável legal, com base nas melhores práticas médicas, antecedendo a assinatura deste consentimento formal, envolvendo complicações mais freqüentes em eventos cirúrgicos (sangramentos, riscos anestésicos ou transfusionais, entre outros) gerais ou específicos ao caso, notadamente; _____

Nome legível do Médico
CRM: _____ (UF: _____)

Assinatura do médico
RG: _____

DECLARAÇÃO DO PACIENTE / RESPONSÁVEL

Eu, _____ (nome legível), beneficiário do plano de saúde da(o) _____, residente à _____ cidade de _____, _____, ou meu responsável legal, _____ residente na _____ cidade de _____, _____, declaro para os devidos fins e efeitos de direito, que mediante consulta médica com o (a) Dr.(a) _____, tomei conhecimento que sou portador (a) da doença _____, tendo sido informado sobre eventuais alternativas de tratamentos e principalmente quanto a indicação do respectivo ato cirúrgico, suas possíveis e mais freqüentes complicações, conforme foram acima colocadas pelo profissional que escolhi, bem como quanto a possibilidade de eventuais complicações outras.

Informe, ao cirurgião e/ou anestesista, sobre os medicamentos de que faço uso, bem como aqui declaro que tenho conhecimento que podem surgir situações que requeiram novos e diferentes procedimentos adicionais, durante ou após o ato cirúrgico em questão.

Nome legível do Declarante
RG: _____
Data: ____ / ____ / ____ Hora: _____

Assinatura do (a) paciente
ou representante legal