

**Procedimento Anestésico**Nº .  
Data.:  
Hora.:

Declaro para os devidos fins que fui prévia e adequadamente informado da conveniência da realização e dos efeitos clínicos, adversos e colaterais, decorrentes do procedimento **Anestésico**, bem como de seu procedimento, abaixo especificado:

Técnica Anestésica Proposta:

---

---

---

Técnica Anestésica alternativa eventualmente disponível:

---

---

Tenho conhecimento de que os procedimentos médicos / cirúrgicos a que serei submetido, indicados pela equipe médica que me assiste e necessários à salvaguarda de minha saúde, podem me trazer benefícios, porém oferecem alguns riscos.

Todas as dúvidas, relacionadas com os referidos procedimentos, foram-me amplamente esclarecidas, notadamente quanto a possíveis resultados insatisfatórios, e cuidados posteriores que por mim devem ser observados:

---

---

Reconheço que a medicina não é uma ciência exata e que efeitos adversos, seqüelas ou complicações poderão ocorrer, em razão de meu próprio metabolismo, independente da boa técnica médica aplicada.

Autorizo expressamente a equipe médica que me assiste a realizar todos os exames e procedimentos médicos, terapêuticos, cirúrgicos, diagnósticos e/ou periciais que sejam necessários.

**PACIENTE:**NOME: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_**MÉDICO RESPONSÁVEL:**NOME: \_\_\_\_\_  
CRM: \_\_\_\_\_**ACOMPANHANTE/TESTEMUNHA:**NOME: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_