

Pelo presente instrumento particular, firmo o que segue:

Autorizo de livre e espontânea vontade, na presença das testemunhas ao final identificadas, ao HOSPITAL ESTADUAL CENTRAL - Dr. BENICIO TAVARES PEREIRA (HEC), por meio do seu Corpo Clínico, a realizar no Paciente abaixo identificado, todos os exames e tratamentos que pelos médicos forem julgados e indicados como meios à salvaguarda de sua saúde e de sua vida, garantindo-lhe atendimento médico-hospitalar, ambulatorial ou cirúrgico, medicamentos, exames especializados, material, etc.

Estou ciente de que não há garantia do sucesso dos procedimentos a serem realizados, pois os resultados dependem de fatores individuais do paciente e dos riscos inerentes aos procedimentos.

Estou ciente de que os procedimentos cirúrgicos de amputação de membros deverão ser autorizados por escrito pelo próprio paciente ou, em sua impossibilidade, por seus familiares diretos e/ou responsáveis legais, após cientificação médica específica, em documento próprio.

Declaro que o HOSPITAL ESTADUAL CENTRAL - Dr. BENICIO TAVARES PEREIRA (HEC), por meio do seu corpo clínico e de seus atendentes, forneceu as informações e recomendações necessárias sobre as normas e rotinas deste hospital, destacando-se a responsabilidade do próprio paciente (caso em estado de consciência) e/ou de sua família e/ou responsável legal pela guarda de seus objetos pessoais e seus pertences em geral.

Declaro ainda que fui informado sobre as regras operacionais do Hospital, obrigando-se a cumpri-las integralmente, estando ciente e de acordo de que o hospital não tem qualquer responsabilidade por objetos e valores do paciente, de seus acompanhantes e/ou responsáveis.

Declaro ciência sobre as normativas de transferência, incluindo a Portaria nº 77-R de 30/04/2020 da Secretaria Estadual da Saúde do Espírito Santo (SESA). Entendo e concordo que pacientes internados poderão ser transferidos para outra unidade, disponibilizada pelo sistema de regulação de leitos da SESA, de acordo com o recurso necessário ao paciente, independente da anuência do usuário ou de seus responsáveis. Tenho ciência ainda que, essa unidade de transferência é escolhida exclusivamente pela SESA em sua rede de hospitais próprios, credenciados e conveniados, dentro do estado do Espírito Santo.

Declaro estar ciente de que a transfusão ou administração de sangue, seus componentes e derivados somente serão aplicados no paciente por exclusivo critério médico, que indicará os procedimentos adequados no seu prontuário. Serão realizadas as transfusões de sangue e derivados que forem necessárias e indispensáveis para proteger a vida do paciente, mesmo que familiares e/ou o RESPONSÁVEL não concordem ou não queiram autorizar por motivos religiosos ou quaisquer outros, ressalvado o direito dos interessados em impedir a providência mediante a apresentação de liminar judicial específica para o paciente acima identificado.

Autorizo expressamente ao hospital encaminhar cópia do prontuário às autoridades administrativas, policiais e/ou judiciárias que eventualmente o solicitarem, ou, se entender conveniente, desautorizar tal envio por escrito de forma inequívoca junto à administração do HOSPITAL.

Declaro que li, compreendi, tive oportunidade de fazer perguntas, recebi explicações e concordo com todas as informações contidas neste instrumento.

Vitória, _____ de _____ de 20____

Preenchimento Obrigatório pelo Paciente (ou Representante Legal) e Responsável

Paciente

Nome legível: _____ Assinatura: _____
CPF: _____ Telefone: _____
E-mail: _____
Cartão SUS n.º: _____

Responsável

Nome legível: _____ Assinatura: _____
CPF: _____ Telefone: _____
Grau de Parentesco ou vínculo: _____
(Obrigatório nos casos de representação):
E-mail: _____

Testemunhas:

Nome legível: _____ Nome legível: _____
CPF: _____ CPF: _____
Assinatura: _____ Assinatura: _____