

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: João Vitor Mendes Leonardo
Nº da Carteira: 8.42.7023
Instituição: Colégio Adventista de Porto Alegre



Data de Nascimento: 11/08/2008

Nº da Guia: 5817

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
18/04/2022	18:08:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Mão Esquerda

Descrição

No dia 06/04/2022, o aluno estava jogando handebol e a bola bateu no dedo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Leianderson Lima	(51) 3086-5050

Quem prestou primeiros socorros	Data
Leianderson Lima	19/04/2022

Local de atendimento
Outro (Não Credenciado)

Observações

Encaminhado para avaliação cirúrgica no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, no dia 19/04/2022, às 8h55, com o doutor Leohnard Roger Bayer.

Ass.:

Tânise Signorini

Tânise De Souza Signorini

87.115.838/0006-13

COLÉGIO ADVENTISTA DE
PORTO ALEGRE

RUA CAMAQUÃ, 534
CAMAQUÃ - CEP 91910-630

PORTO ALEGRE - RS

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE PORTO ALEGRE, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo) Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ:

15.116.763/0003-31

Rua Matias José Bins, 581 - Três Figueiras, Porto Alegre - RS, CEP: 91330-290

Telefone: (51) 3382-1200

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portoalegre.clinicaadventista.org.br



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

PARTICULAR - CNPJ: 92815000000168

Professor Annes Dias, 295 - Porto Alegre - RS

CGC: 92815000000168 - Insc. Est.: 0962572489 - Fone 3214 8000

Fatura: 1132624
Tipo Protocolo Ambulatório
Dt. Entrega Conv: 20/10/2022
Dt. Vencimento 20/11/2022
Título:
Nota Fiscal (NFe):

Atendimento	Conta	Paciente	Nº Guia	Matrícula	Data Entrada	Data Alta	Total
16103231	18227729	JOAO VITOR MENDES LEONARDO	20587376		11/06/2022	11/06/2022	3.957,86

3.957,86

1

Total do Protocolo:

Após o vencimento incidirá multa de 2% sobre o valor da fatura.

Recebido: ____ / ____ / ____ Assinatura: _____



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre
Professor Annes Dias, 295 - Porto Alegre - RS
CNPJ:9281500000168 - Inscrição estadual:ISENTA - Fone:32148000
(CNES 2237253)



1122624
Conta paciente

3517230

Paciente:	Convênio:	Usuário/Matrícula:
JOAO VITOR MENDES LEONARDO	PARTICULAR	
Categoria:		
GERAL - ISCMPA		

Nº atend: 16.103.231

Nº IC: 18.227.729

Protocolo:

Prontuário: 635307 Data entrada: 11/06/2022 06:20:10 Data saída: 11/06/2022 09:15:00

Médico: Dr. LEONARD ROGER BAYER (CRM 25062)

Tipo atend: 8 - Atendimento

Proc Princ: 31403220

MICRONEUROLISE MULTIPLAS - EM NERVOS PERIFERICOS

Espec/Clinica: 2 Cirúrgica

CID Princ: S69.9 Traum NE do punho e da mao

Agrupament Hospital Santa Clara

Guia: 20579010

Senha:

Validade

Dt Conta: 11/06/22 07:10

Dt inicial: 11/06/22 06:20

Dt final: 11/06/22 09:15

Refer: 31/10/22

Título:

Responsável: RAFAEL FERREIRA LEONARDO

Materiais

Seq	Cód. Sist.	Código	Desc. Comercial	Data	U.m	Qtd	VI. Unit.	VI. Total
19	59921	326819	TORNEIRA DESCARTAVEL ESTERIL 3 VIAS COM CONEXAO	11/06/2022	un	1	1,88	1,88
Total - HSC-Centro Cirúrgico (CC60) -						29		415,71
Total de Materiais						29		415,71
Total da Estrutura								415,71

Suturas

Seq	Cód. Sist.	Código	Desc. Comercial	Desc. Genérica	Data	U.m	Qtd	VI.	VI.
HSC-Centro Cirúrgico (CC60)									
1	58602	58602	MONONYLON 5 COM AGULHA	MONONYLON 5 COM AGULHA	11/06/2022	un	1	30,12	30,12
Total - HSC-Centro Cirúrgico (CC60) -							1		30,12
Total de Suturas							1		30,12
Total da Estrutura									30,12

Medicamentos

Seq	Cód. Sist.	Código	Desc. Comercial	Desc. Genérica	Data	U.m	Qtd	VI.	VI. Total
HSC-Centro Cirúrgico (CC60)									
1	162335	0000069657	CeFAZolina PO LIOFILO INJETAVEL 1G GENERICO INSTITUTO BIOQUIMICO	CeFAZolina PO LIOFILO	11/06/2022	FA	2	17,97	35,95
2	52423	0000041965	CLONIDIN SOLUCAO INJETAVEL 0,150MG/ML 1ML CRISTALIA	ClonIDina SOLUCAO	11/06/2022	amp	1	12,24	12,24
3	52504	0000042206	CLORETO DE SODIO SOLUCAO INJETAVEL 0,9% 100ML FRASCO (ECOFILAC) BBRAUN	CLORETO DE SODIO	11/06/2022	Fr	1	10,15	10,15
4	175753	0000065663	DORMIRE SOLUCAO INJETAVEL 5MG/ML 3ML CRISTALIA @	MIDAZOLAM SOLUCAO	11/06/2022	amp	1	21,34	21,34
5	116200	0000071183	NAUSEDRON SOLUCAO INJETAVEL 2MG/ML 4ML CRISTALIA	ONDANSETRONA	11/06/2022	amp	1	65,45	65,45
6	122792	0000036846	TRAMADOL CLORIDRATO SOLUCAO INJETAVEL 50MG/ML 2ML GENERICO TEUTO @	TRAMADOL	11/06/2022	amp	1	11,08	11,08
Total - HSC-Centro Cirúrgico (CC60) -							7		156,21
Total de Medicamentos							7		156,21
Total da Estrutura									156,21

Medicamentos Anestésicos

Seq	Cód. Sist.	Código	Desc. Comercial	Desc. Genérica	Data	U.m	Qtd	VI.	VI.
HSC-Centro Cirúrgico (CC60)									
1	109263	0000072970	FENTANEST SOLUCAO INJETAVEL 0,05MG/ML 5ML CRISTALIA @	FentaNILA CITRATO	11/06/2022	amp	1	9,58	9,58
2	52244	0000070748	KETAMIN NP SOLUCAO INJETAVEL 50MG/ML 2ML CRISTALIA @	CETAMINAS(+)	11/06/2022	amp	1	22,35	22,35
3	56467	0000062528	PROPOVAN EMULSAO INJETAVEL 10MG/ML (1%) 20ML CRISTALIA @	PROPOFOL EMULSAO	11/06/2022	amp	1	69,16	69,16
4	52664	0000056784	XYLESTESIN 2% SEM VASOCONSTRICTOR 20MG/ML SOLUCAO INJETAVEL 20ML	LIDOCAINA	11/06/2022	ml	20	1,06	21,19



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre
Professor Annes Dias, 295 - Porto Alegre - RS
CNPJ:92815000000168 - Inscrição estadual:ISENTA - Fone:32148000
(CNES 2237253)



Conta paciente

Paciente:	Convênio:	Usuário/Matrícula:
JOAO VITOR MENDES LEONARDO	PARTICULAR	
Categoria:		
GERAL- ISCMPA		
Nº atend: 16.103.231		
Nº IC: 18.227.729		
Protocolo:		

Prontuário: 635307 Data entrada: 11/06/2022 06:20:10 Data saída: 11/06/2022 09:15:00
Médico: Dr. LEOHARD ROGER BAYER (CRM 25062) Tipo atend: 8 - Atendimento
Proc Princ: 31403220 MICRONEUROLISE MULTIPLAS - EM NERVOS PERIFERICOS Espec/Clinica: 2 Cirúrgica
CID Princ: S69.9 Traum NE do punho e da mao
Agrupament Hospital Santa Clara
Guia: 20579010 Senha: Validade:

Dt Conta: 11/06/22 07:10 Dt inicial: 11/06/22 06:20 Dt final: 11/06/22 09:15 Refer: 31/10/22
Título:

Responsável: RAFAEL FERREIRA LEONARDO

Medicamentos Anestésicos										
Seq	Cód. Sist.	Código	Desc. Comercial	Desc. Genérica	Data	U.m	Qtd	VI.	VI.	
			CRISTALIA							
Total - HSC-Centro Cirúrgico (CC60) -							23		122,28	
Total de Medicamentos Anestésicos							23		122,28	
Total da Estrutura									122,28	

Honorários Médicos 2									
Seq	Profissio	Médico	Proced.	Descrição	Função	Data	Qtde	VI Médico	
HSC-Centro Cirúrgico (CC60)									
1	17072.	JOSE DELMAR DVOGESKI	3140322.0	Microneurolise Multiplas - Em Nervos	Primeiro	11/06/2022	1,00	206,68	
2	17496.	FRIEDRICH WILHELM	3140322.0	Microneurolise Multiplas - Em Nervos	Anestesista	11/06/2022	1,00	393,51	
3	25062.	LEOHARD ROGER BAYER	3140322.0	Microneurolise Multiplas - Em Nervos	Cirurgião	11/06/2022	1,00	688,94	
4	17072.	JOSE DELMAR DVOGESKI	3071002.2	Retirada de fios ou pinos metálicos intra-	Primeiro	11/06/2022	1,00	47,36	
5	17496.	FRIEDRICH WILHELM	3071002.2	Retirada de fios ou pinos metálicos intra-	Anestesista	11/06/2022	1,00	180,83	
6	25062.	LEOHARD ROGER BAYER	3071002.2	Retirada de fios ou pinos metálicos intra-	Cirurgião	11/06/2022	1,00	157,87	
7	17072.	JOSE DELMAR DVOGESKI	3073109.7	Tenolise No Tunel Osteofibroso	Primeiro	11/06/2022	1,00	107,35	
8	17496.	FRIEDRICH WILHELM	3073109.7	Tenolise No Tunel Osteofibroso	Anestesista	11/06/2022	1,00	266,16	
9	25062.	LEOHARD ROGER BAYER	3073109.7	Tenolise No Tunel Osteofibroso	Cirurgião	11/06/2022	1,00	357,84	
Total - HSC-Centro Cirúrgico (CC60) -							9,00	2.406,54	
Total de Honorários Médicos 2							9,00	2.406,54	

Total Geral		Valor
Seq		
1		R\$ 3.957,86
Total geral		3.957,86



SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
PORTO ALEGRE

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

CÓDIGO
FOR 379

1005170 - JOAO VITOR MENDES LEONARDO
Sexo: M Cor: DN/Idade: 11/08/2008 13a 10m
Mãe: ADRIANA CARLOS MENDES LEONARDO Ent: 11/08/2022 06:21
PARTICULAR / GERAL - ISCMPA Tipo Atend.: Ambulatorial
Un.: HSC-Centro Cirúrgico (CC60) Ade: CC 11/08/2022 06:20:10
Hospital Santa Clara Fone: 51-381442844
Pront: 835307
Doc: CPF: 88752347068
Atend.: 16103231



Endereço

Cirurgião (serviço)

Telefone

Convênio

Matrícula

Estado Físico (ASA)

1 2 3 4 5 6

☒ Eletiva
☐ Urgência
☐ Emergência

História clínica e exames físicos se negativos,
assinale sem particularidades ☐ (SP)

☒ Ambulatorial
☐ Internado

Altura

Peso

Cardiovascular

☒ (SP)

Respiratório

☒ (SP)

Exames e laboratórios

Ht

Uréia

Hb

Glicose

Na

TP

K

TTP

Creatinina

Plaquetas

ECG

FC

PA

Cine

FE

Espirometria
VEF 1

Neurológico

☒ (SP)

Outro

Eco

☐ (SP)

FE

Endócrino/ Reprodutor

☒ (SP)

Digestivo

☒ (SP)

Oncológico

☒ (SP)

Renal-Urinário

☒ (SP)

Medicações em uso/ Dose/ Horário

Ortopédico

☐ (SP)

Pré-medicação dosagens, horário

Cirurgias/ Anestesias prévias - Pós Operatório

Via aérea/ Prótese

☒ (SP)

NPO a partir das 23:00 (horas)

Mallampatti I, II, III, IV IOT difícil? ☐ Sim ☐ Não

Alergias

☒ Nega

Hora

Data

Anestesiologista

Técnica Anestésica Planejada

Sangramentos/ Hematologia

☒ Nega

CREMERS:

☐ Geral

☒ Sedação

☒ Condutiva

☐ Local com monit.

Medicamentos especiais

☐ Sim

☒ Não

Necessidade de monitorização especial

☐ Sim

☒ Não

Assinatura

Observações

1086178 - JOAO VITOR MENDES LEONARDO
Sexo: M Cor: BRANCO Data de Nascimento: 11/08/2008 13h 10m
Mãe: ADRIANA CARLOS MENDES LEONARDO Ent: 11/08/2022 06:20
PARTICULAR / GERAL- ISCMPA Tipo Atend.: Ambulatorial
Un.: HSC-Centro Cirúrgico (CC60) Adm. CC 11/08/2022 06:20:10
Hospital Santa Clara Fone 51-991442044
Pront: 638387
Doc: CPF: 05752347088
Atend.: 15103231

ANEXANTE

Data: _____

Nome: _____

Cirurgia a ser realizada: RETORNA PIVO Lateralidade: ESQUERDA

Horário da última refeição (NPO): 23

Peso: 60 kg

Altura: 170

Aspectos econômico, social e espiritual

Fuma: Não(☒) Sim() Quantos cigarros por dia: _____

Consome bebida de álcool com frequência: Não(☒) Sim() Qual a frequência: _____

Uso de drogas Não(☒) Sim() a quanto tempo? _____

Estado Civil: Solteiro(☒) Casado() Divorciado() Viúvo()

Moradia Própria: Não() Sim() Terá auxílio após a alta: Não() Sim() Quem: ADRIANA (MÃE)

Quantas horas dorme por dia: 8 Profissão: ESTUDANTE Grau de Escolaridade: _____

Dados Subjetivos: Alimentação: Oral() Sonda() Aceitação/Restrição Não() Sim() Qual: _____

Barreiras de Comunicação: Déficit Visual() Déficit Auditivo() Déficit Neurológico() Outros() Quais: _____

História Pregressa

Cirurgias Anteriores: DEDO

Medicações em Uso: _____

Alergia: Não(☒) Sim() Qual: _____

Patologias Prévias

Hipertensão: Não(☒) Sim() Diabetes: Não(☒) Sim() Asma/Bronquite: Não() Sim(☒)

Problemas de coagulação: Não() Sim() Outros() Quais: _____

Faz uso de: Marcapasso() Lentes de Contato() Prótese Dentária Móvel() Óculos()

Prótese Ortopédica() Aparelho Auditivo() Outros() Quais? _____

Trouxe exames: Laboratório() Ecografia() Raio X() Ressonância Magnética() Tomografia() Outros()

Quais? _____

PACIENTE/ENFERMEAGEM NA ADMISSÃO CC

Pertences estão com: Familiar/responsável(☒) Armário() nº _____

Descrição dos itens: _____

Nome do acompanhante: ADRIANA Telefone para contato: 981442844

Informante: Paciente(☒) Familiar()

Assinatura do paciente: João Vitor

USO EXCLUSIVO DA ENFERMAGEM

Riscos Identificados

Não se aplica() Psicológico() Risco de Queda() Flebite() Extubação() Úlcera de Pressão()

Risco de TEV() Psiquiátrico() Social() Outros() Quais: _____

Sinais Vitais

FC (bpm) 74 FR (mpm) _____ Temperatura (°C) 36.3 PA (mmHg) 112/56

Sat: 98 Score da dor: _____ Local/Tipo _____ O₂ (L/min): Sim() Não()

HGT (mg/dl): _____



SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
PORTO ALEGRE

PLANILHA DE RASTREABILIDADE DO MATERIAL ESTERILIZADO PELO CME

Paciente 1085170 - JOAO VITOR MENDES LEONARDO
Data Nasc. 11/08/2008 Idade: 13a 10m
Sexo Masculino
CPF 85752347068
Setor HSC-Centro Cirúrgico (CC60)

Atendimento 16.103.231
Prontuário 635307
Dt. Cirurgia 11/06/2022 07:00:00
Convênio/Categ. PARTICULAR / GERAL- ISCMPA

SALA: _____ FUNCIONÁRIO: _____



LAVANDERIA: _____

SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
PORTO ALEGRE

MATERIAL: _____

Pacote Geral

VAPOR ()

ESTERILIZADO EM: 10.07.22

DATA DA VAL: 28.06.22

LOTE LIMP.: _____ LOTE EST.: 735098 N° DE PEÇAS: _____

INSPEÇÃO: _____ PREPARADO POR: Si



UNIDADE: CC 60

MATERIAL: CUBA - Rim

VAPOR ()

ESTERILIZADO EM: 10.06.22

DATA DA VAL: 10.12.22

LOTE LIMP.: _____ LOTE EST.: 5356 N° DE PEÇAS: _____

INSPEÇÃO: Roselaine PREPARADO POR: Roselaine



UNIDADE: _____

MATERIAL: B. U. 100

VAP

ESTERILIZADO EM: 10 JUN 2022

DATA DA VAL: 18 SET 2022

LOTE LIMP.: 1174 LOTE EST.: 2180 N° DE PEÇAS: _____

INSPEÇÃO: _____ PREPARADO POR: C. Silva



LAVANDERIA: _____

SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
PORTO ALEGRE

MATERIAL: _____

ESTERILIZADO EM: 3.6.22

DATA DA VAL: 12.6.22

LOTE LIMP.: 8555 LOTE EST.: 8555 N° DE PEÇAS: _____

INSPEÇÃO: _____ PREPARADO POR: WOH



UNIDADE: _____

MATERIAL: MANOPIA

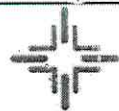
VAPOR ()

ESTERILIZADO EM: 10.6.22

DATA DA VAL: 10.12.22

LOTE LIMP.: 13284 LOTE EST.: 95361 N° DE PEÇAS: _____

INSPEÇÃO: _____ PREPARADO POR: W



SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
DE PORTO ALEGRE

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

Prescrição Eletrônica Paciente



27593726

Paciente **JOAO VITOR MENDES LEONARDO**

Data Nascto **11/08/2008 13a 10m**

Data Entrada **11/06/2022 06:20:10** Sexo **Masculino**

Convênio **PARTICULAR / GERAL- ISCMPA**

Atendimento **16.103.231**

Prontuário **635.307**

Leito **HSC-Centro Cirúrgico (CC60) - Sala 1**

Data Prescr. **11/06/2022 07:26:00**

Liberação **11/06/2022 07:28:00 11/06/2022 07:28:00**

Validade **11/06/2022 07:26:00 12/06/2022 15:59:59**

Risco Queda

Alergia

Isolamento

Peso

Altura

1ª Via

Dieta Oral

Intervalo

Horários **09:45**

Branda

Obs.: iniciar apos acordar bem

Justificativa: ---

Indicação: ---

Soluções

Intervalo Horários

1 CLORETO DE SODIO 0,9%+GLICOSE 5% SOL INJ 500ml

Via Intravenosa infusao, infundido em 33 horas, com velocidade 30,00gt/m

das 07:26 às 12:56 das 12:56 às 18:26 das 18:26 às 23:56
das 23:56 às 05:26 das 05:26 às 10:56 das 10:56 às 16:26

Medicamentos

Lado

Dose UM

Via

Intervalo

Horários

1 CAPTOPRIL CP 25MG
Se PAD maior igual a 110mmHg

25 mg

Oral

6/6 h

SN

2 METOCLOPRAMIDA CLOR SOL INJ 5MG/ML
2ML

10 mg

Intravenosa
bolus

6/6 h

SN

Se N/VN não é necessário diluir. Realizar o flushing da via antes e após a administração do medicamento.

Kit de Materiais do Medicamento

1un AGULHA DESCARTAVEL PONTA ROMBA | 3un AGULHA DESCARTAVEL PONTA ROMBA | 2un SERINGA DESC LUER LOCK 10ML | 1un SERINGA DESC LUER LOCK 3ML | 1un SERINGA DESC LUER LOCK 3ML | 2Amp plas CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 10ML

3 DipiRONA SOL INJ 500MG/ML 2ML

1000 mg

Intravenosa
bolus

6/6 h

08:14 20 02 08 14

Diluir 2 Mililitros do medicamento em 8 Mililitros de CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 10ML

Administrar em 2 minutos

Administrar cada ampola em, no mínimo, 2 minutos. Realizar o flushing da via antes e após a administração do medicamento.

Kit de Materiais do Medicamento

12Ser preenc CLORETO DE SODIO 0,9% SER PREENC 5ML | 6un AGULHA DESCARTAVEL PONTA ROMBA | 18un AGULHA DESCARTAVEL PONTA ROMBA | 12un SERINGA DESC LUER LOCK 10ML | 6un SERINGA DESC LUER LOCK 20ML | 6un SERINGA DESC LUER LOCK 20ML | 12Amp plas CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 10ML

4 MORFINA SOL INJ 10MG/ML 1ML @

3 mg

Intravenosa
infusao

3/3 h

SN

Diluir 1 Mililitros do medicamento em 100 Mililitros de CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 100ML

Administrar 4 Mililitros (3/3 h intravenosa infusao) em 15 minutos

Se Dor APLICAR DOSE PRESCRITA e descartar a sobra em descartpack a cada horário. IV infusão: utilizar bomba de infusão. Realizar o flushing da via antes e após a administração do medicamento. MAV - risco de QUEDA e depressão respiratória - monitorar sinais vitais. Realizar e registrar a dupla checagem. APLICAR DOSE PRESCRITA e descartar a sobra em descartpack a cada horário.

Kit de Materiais do Medicamento

2Ser preenc CLORETO DE SODIO 0,9% SER PREENC 5ML | 3un AGULHA DESCARTAVEL PONTA ROMBA | 1un AGULHA DESCARTAVEL PONTA ROMBA | 2un SERINGA DESC LUER LOCK 10ML | 1un SERINGA DESC LUER SLIP 1ML | 1un SERINGA DESC LUER SLIP 1ML | 2Amp plas CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 10ML

Recomendações

Manter curativo em FO fechado

Manter membro superior elevado

Anormalidades, ligar 999826970

Controlar sinais vitais

* conforme rotina

Intervalo

Manter

Manter

ATENÇÃO

6/6 h

Horários

Manter

Manter

07:26 07:26

08:14 20 02 08 14

Impresso em 11/06/2022 07:28:21

Página 1/2

Prescritor(a): Dr. FRIEDRICH WILHELM BREDEMEIER NETO (CRM 17496)

Assinado eletronicamente através de login e senha pessoal em sistema certificado pela Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS)

A51074974634



SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
PORTO ALEGRE

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS- HOSPITALARES

Hospital: IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, entidade filantrópica, assistencial médico-hospitalar, com extensão de ensino e pesquisa em saúde, com sede nesta Capital, na Rua Prof. Annes Dias, nº 295, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 92.815.000/0001-68, Fone: PABX (51)3214-8080, CEP 90020-090, Porto Alegre, RS.

Paciente: Joao Vitor Mendes Leonardo

CPF nº 857.523.470-68

e/ou RG nº 5137849823 - SSP

Endereço: Rua da Amizade, 22 - casa - Porto Alegre/RS

Número do atendimento do paciente:

Responsável: Rafael Ferreira Leonardo 16103231

CPF nº 086.751.057-97

e/ou RG nº 100531029

Endereço:

As partes acima qualificadas ajustam entre si a contratação da prestação de assistência médica e Hospitalar em nível:

☒ **Particular**

☐ **Convênio de Saúde:** (Nome do Convênio: _____)

☐ **Sistema Único de Saúde**

☐ **Pacote Social**

Para tanto, utilizam-se das seguintes cláusulas e condições que passarão a reger e regulamentar a presente relação:

I - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS APLICÁVEIS A TODOS OS NÍVEIS DE ASSISTÊNCIA:

Cláusula 1ª - O Paciente ou Responsável concorda e compromete-se em:

a) prestar todas as informações solicitadas pelo Hospital, assumindo total responsabilidade por estas, bem como, apresentar todos os documentos necessários à internação e/ou procedimento, mantendo-os atualizados; b) respeitar e submeter-se às instruções médicas e clínicas de seu tratamento, bem como, cumprir as normas internas do Hospital; c) utilizar-se apenas das áreas restritas ao uso dos pacientes e visitantes, respeitando e fazendo respeitar os horários destinados à visitação; d) preservar as dependências do Hospital e os materiais utilizados durante a internação, além de ressarcir quaisquer danos materiais e morais causados ao Hospital; e) desocupar imediatamente as dependências do Hospital, no mesmo turno do dia da alta hospitalar, sendo resguardado ao Hospital o direito de cobrar pelas diárias e despesas pelo tempo que exceder a permanência, bem como, efetuar as medidas que entender cabíveis para a desocupação do leito hospitalar; f) colaborar com a doação de sangue durante o período em que permanecer internado; g) tomar precauções necessárias para a guarda de pertences pessoais e quaisquer outros valores, ciente de que o Hospital não se responsabilizará pelos mesmos, salvo se depositados em cofre de segurança da Instituição, mediante a contra-recibo; h) dispensar a apresentação de prévia elaboração de orçamento de despesas ainda não previstas ou orçadas que se fizerem necessárias ao tratamento do paciente durante seu atendimento ou internação, inclusive com relação a serviços de terceiros, em face da natureza não inteiramente previsível do tratamento.

Parágrafo único: Em caso de óbito, e na eventualidade da existência de bens pessoais de âmbito do Hospital, os familiares terão no "máximo" o prazo de 10 dias para reclamá-los. Ao final desse prazo, o Hospital ficará isento de qualquer responsabilidade quanto à guarda desses pertences.

Cláusula 2ª - O Hospital e a equipe médica COMPROMETEM-SE a:

a) fornecer ao paciente toda a linha terapêutica prescrita e necessária no caso; b) dispor e manter de forma adequada toda a infra-estrutura hospitalar, incluindo serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento, blocos cirúrgicos, UTI(s), farmácia, rouparia; c) fornecer bom padrão alimentar, mediante a responsabilidade de técnico-nutricionistas; d) executar avaliações médicas diárias, com descrição prescritional; e) executar os atos médicos que se fizerem necessários ao tratamento.

Cláusula 3ª - O Hospital fica, desde já, **expressamente autorizado** a adotar as providências necessárias para a realização de necrópsia e/ou outros procedimentos necessários para a apuração da "causa mortis", quando inexistirem elementos suficientes para tanto.

Cláusula 4ª - Fica ainda, o Hospital, **autorizado a executar a remoção do Paciente** para outros hospitais e/ou serviços, seja para a realização de exames, procedimentos de rotina hospitalar e/ou transferência definitiva. **Nestes casos, os gastos** verificados nesses hospitais ou decorrentes desses serviços, **inclusive os custos de remoção e/ou transporte, são de responsabilidade exclusiva do Paciente ou Responsável.**

Cláusula 5ª - Em se tratando de transferência do Paciente para a unidade de Tratamento Intensivo - UTI, fica o **Paciente e/ou Responsável obrigado a desocupar, de imediato, a acomodação** ora ajustada, sob pena de não o fazendo, se **responsabilizarem** pelas despesas decorrentes, em nível particular, daí em diante.

Cláusula 6ª - O Paciente e/ou responsável arcará com todas as despesas médicos-hospitalares, em **NÍVEL PARTICULAR, caso não haja por parte do Convênio a devida cobertura ou autorização para a INTERNAÇÃO, PROCEDIMENTOS MÉDICOS E/OU EXAMES COMPLEMENTARES** necessários, seja em decorrência de carência, do diagnóstico apresentado pelo Paciente e/ou em decorrência das características e coberturas contratadas no contrato existente entre o Convênio e seu beneficiário, ora Paciente. Assim, estão cientes, Paciente e/ou Responsável, de que **a responsabilidade assumida, por intermédio deste documento, é complementar ao Convênio, no caso de haver negativa ou glosa por parte deste, mesmo se posterior ao atendimento, inclusive alta, sendo de responsabilidade e legitimidade exclusiva do paciente eventual interferência junto ao Convênio de Saúde para reversão da negativa ou reembolso.**

§ 1º - Ficam o Paciente e/ou Responsável ciente de que o atendimento realizado por força de ordem judicial terá caráter precário e que, portanto, todas as despesas médico-hospitalares serão cobradas em **NÍVEL PARTICULAR** em caso de reversão da liminar ou não confirmação da mesma em decisão judicial definitiva, sempre que não autorizado pelo respectivo convênio de saúde. Na hipótese de abandono do processo judicial sem satisfação do pagamento das despesas ao Hospital, o Paciente/Responsável, outorgam-lhe desde já os poderes para representá-lo, ou substituí-lo, conforme o caso.

§ 2º - Fica o Paciente e/ou Responsável obrigado ao pagamento de eventuais despesas advindas do uso do telefone, em ligações interurbanas, e/ou do consumo de gêneros que integram o frigobar nos leitos do Hospital, onde se inclui refeições extras ou pedidos a "la carte", salvo se estes estiverem expressamente cobertos por Convênio.

§ 3º - O Responsável assume com o Paciente, solidariamente, a obrigação pelo pagamento integral de todas as despesas médico-hospitalares.

Cláusula 7ª - A Instituição sub-roga-se no direito de emitir títulos de crédito de sua conveniência, para pagamento à vista, na cobrança do todo e qualquer débito decorrente de gastos que **NÃO** tenham a cobertura de Convênio e/ou originários de assistência particular.

Cláusula 8ª - A opção do Paciente e/ou Responsável pelos serviços desta Instituição resultou da sua ciência quanto a todos os riscos de infecção hospitalar decorrente da internação ou de internações cirúrgicas e tratamentos, os quais são inerentes ao meio hospitalar. Contudo, o Paciente e/ou Responsável têm pleno conhecimento de que no Hospital existem rígidos e contantes controles de infecção, visando minimizar as taxas de sua incidência, pelo que anuem e concordam com a internação, mesmo sob seus riscos.

Cláusula 9ª - O Hospital fica **expressamente autorizado** a realizar todos os exames, intervenções cirúrgicas e tratamentos hospitalares necessários, com objetivo diagnóstico e/ou terapêutico, quando devidamente requisitado por médico responsável, podendo para tanto utilizar-se dos meios e técnicas apropriados ao caso. **O Paciente e/ou Responsável declaram, assim, estarem cientes da natureza, necessidade e finalidade dos procedimentos** já referidos, bem como, dos riscos e da possibilidade de eventuais complicações, tudo sendo-lhe detalhadamente e previamente explicado, não havendo garantia sobre os resultados, mas certeza de que serão tomadas as providências para o bom êxito do procedimento, visando o bem-estar do Paciente.

Parágrafo Único - Fica o Hospital autorizado, a encaminhar informações e permitir acesso integral a todos os registros médicos (Prontuário Médico) do paciente e das internações dele constantes, para o Convênio de Saúde do qual sou beneficiário e/ou segurado, o que **CONSISTO E AUTORIZO EXPRESSAMENTE**, para fins de auditoria, aferição, verificação e reembolso das despesas médicas por parte daquele convênio-saúde, pelo que desde já isento de qualquer espécie de responsabilidade civil ou penal, tanto a Instituição Hospitalar como os médicos.

Cláusula 10ª - Os dados pessoais tratados pelo Hospital têm como finalidade predominante a tutela da saúde do Paciente, bem como o estabelecimento do vínculo contratual e a prestação, administração, gestão e melhoramento dos serviços ao Paciente. Também poderão ser utilizados para cumprimento de obrigação legal e regulatória ou exercício regular de direito. As diretrizes sobre o tratamento de dados estão dispostas no site do Hospital (<https://www.santacasa.org.br>) e são complementares ao presente Contrato.

§ 1º - Em casos de emergência e para garantir a proteção da vida e/ou da tutela da saúde do Paciente, mesmo quando ele não esteja consciente, poderá o Hospital coletar e tratar seus dados pessoais e sensíveis através de (i) terceiros (responsáveis, acompanhantes, equipe de socorristas, órgãos públicos), (ii) consulta aos documentos pessoais que o Paciente esteja portando, bem como (iii) consulta aos profissionais da saúde que já o tenham atendido e que detenham seu histórico médico, ou outras fontes correlatas.

§ 2º - Considerando que a Santa Casa é um Hospital Escola, campo de pesquisas clínicas e acadêmicas, o Paciente/Responsável autoriza o Hospital a disponibilizar informações clínicas e resultados de exames e dados do Paciente em banco de dados para fins de pesquisa, obrigando-se a manter o integral anonimato, nos termos da Lei 13.709 de 14 de agosto de 2018. Havendo compatibilidade de dados clínicos para pesquisa, o Paciente autoriza a disponibilização do prontuário médico e outros dados ao pesquisador, para eventual participação em recrutamento. O consentimento poderá ser revogado a qualquer tempo, através do canal institucional indicado no caput.

☐ **Concordo**

☐ **Não Concordo**

§ 3º - Fica o Hospital autorizado a compartilhar dados pessoais com operadores e fornecedores de serviços, empresas de apoio de diagnóstico, laboratórios, serviços médicos e de saúde terceirizados, todos devidamente comprometidos com o cumprimento das leis de proteção de dados vigentes e aplicáveis, além de autoridades, entidades governamentais ou outros legalmente habilitados.

Cláusula 11ª - Fica o Paciente e/ou Responsável ciente de que não poderá, sob hipótese alguma, deixar o Hospital sem a liberação por escrito, do médico assistente. Em caso de alta hospitalar a pedido do Paciente e/ou Responsável, ficam estes obrigados a assinar o respectivo termo de responsabilidade.

Cláusula 12ª - O Paciente e/ou Responsável, ao optar pelas formas de assistência médico-hospitalar Particular ou de Outros Convênios Privados, declara-se absolutamente ciente de que NÃO PODERÁ, sob hipótese alguma, requerer transferência para forma de assistência do SUS na presente internação, vedação esta de natureza legal e contratual.

Cláusula 13ª - O Paciente e/ou Responsável que tenha optado pela assistência médico-hospitalar através do SUS (Sistema Único de Saúde), NÃO PODERÁ requerer transferência para assistência em nível Particular ou Convênio Privado, salvo se a transferência retroagir ao início da internação, anulando-se toda a documentação originária do SUS.

II - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS APLICÁVEIS PARA AS OPÇÕES DE ASSISTÊNCIA EM NÍVEL PARTICULAR E OUTROS CONVÊNIOS:

Cláusula 14ª - O Paciente e/ou Responsável declara, expressamente, que a opção pela modalidade de assistência exercida no preâmbulo deste instrumento, em nível Particular ou de Convênio Privado, enseja a total desoneração do SUS, inclusive, quanto a qualquer restituição, parcial ou total, de valores despendidos.

§ 1º - Por força da opção especificada no "caput" desta Cláusula, o Paciente PARTICULAR ou Responsável concorda e obriga-se em: a) efetuar o depósito inicial, a título de início de pagamento, em moeda corrente, e sucessivos reforços a medida que forem sendo solicitados; b) pagar pelos serviços prestados, mediante a apresentação de conta-hospitalar, quitando-a no dia de sua alta ou tão logo apresentada pelo Hospital; c) suportar o ônus de eventual cobrança do débito, no caso de inadimplência, acrescida além de honorários advocatícios, correção, juros moratórios e multa determinada por lei.

§ 2º - A obrigação constante da alínea 'a' do parágrafo primeiro (§ 1º), desta cláusula, poderá ainda, ser satisfeita com cheque nominal à Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, sendo que, quando da hipótese de depósito efetivado exceder o total final das despesas Hospitalares, o saldo a ser restituído será realizado, imediatamente, após a devida compensação do cheque e a confirmação de sua liquidação, cujos prazos mínimos para tal são de três (03) dias úteis, a contar do depósito bancário, para os cheques de Porto Alegre, e de sete (07) dias úteis para os cheques do interior ou de outros Estados.

§ 3º - Caberá ao Paciente de Convênio e/ou seu Responsável, quando necessário, - em até 48 horas depois da internação, impreterivelmente - apresentar ao Hospital a competente 'Guia de Autorização' de seu respectivo Convênio. Caso o Paciente e/ou Responsável não apresente a 'Guia de Autorização' no prazo acima indicado, a internação será cobrada em nível Particular, observando-se todas as rotinas dessa espécie de assistência, inclusive, exigir do Paciente e/ou Responsável, por meio de títulos de créditos emitidos, PAGAMENTO PARCIAL DA CONTA GERADA NAS PRIMEIRAS 48 HORAS da internação e sucessivos reforços se assim se fizer necessário, conforme estabelecido na alínea 'a', do § 1º desta cláusula.

Cláusula 15ª - Constituem despesas hospitalares todas as diárias do Paciente e de seu eventual acompanhante, taxas de expediente, taxas de sala de cirurgia, diárias de recuperação em sala de Unidade de Tratamento Intensivo, quando utilizadas, despesas com medicamentos prescritos, materiais e próteses, exames complementares de diagnóstico e tratamento, refeições e demais serviços especiais, além de outros serviços extraordinários concedidos pelo Hospital.

§ 1º - Os valores das despesas descritas no "caput" desta cláusula serão debitados com base em tabelas próprias do Hospital, colocadas ao inteiro dispor das partes, tendo o Paciente e/ou Responsável pleno conhecimento do teor destas, as quais, uma vez modificadas, somente entrarão em vigor dez (10) dias das respectivas emissões.

Cláusula 16ª - Em atendimentos particulares, os honorários profissionais dos médicos assistentes deverão ser pactuados e satisfeitos pelo Paciente e/ou Responsável diretamente com aqueles, ou, se for o caso, diretamente pelo respectivo Convênio privado, quando internado por intermédio deste.

Cláusula 17ª - O Paciente e/ou Responsável declaram, expressamente, ciência que a opção pela modalidade de assistência por PACOTE SOCIAL equivale-se a uma contratação privada/particular, estando restrito ao procedimento previamente orçado, cabendo a cobrança de forma particular de toda e qualquer intercorrência ou necessidade de novos procedimentos ou exames, não incluídos no orçamento.

Cláusula 18ª - Além do epígrafado nas cláusulas anteriores, torna-se esclarecido que: a) a diária do acompanhante abrange, tão somente, ao leito e ao café da manhã, considerando-se acompanhante aquele que permanece após às 20:00 horas; b) as diárias são encerradas sempre às 11:00 horas e a permanência do Paciente, após este horário, configurará a incidência de uma nova diária; c) quando se fizer necessária a remoção do Paciente para outros hospitais e/ou serviços, nos moldes estabelecidos na cláusula 4ª, as despesas respectivas, serão de exclusiva responsabilidade do Paciente e/ou Responsável, salvo, na hipótese de cobertura pelo Convênio, naquelas situações em que eventualmente o Paciente esteja vinculado a esse tipo de assistência.

Cláusula 19ª - Declara e assume o Paciente e/ou Responsável, que sua INTERNAÇÃO no Hospital, bem como, os PROCEDIMENTOS e/ou EXAMES COMPLEMENTARES são feitos por livre e exclusiva opção do paciente, familiares ou responsável, aceitando todos os termos do presente instrumento, o qual lhe foi entregue para leitura e anuência antes de assinar.

Cláusula 20ª - Para facilitar o acesso à documentação das OPME (Órteses, Próteses, Medicamentos Especiais) e garantir-lhe a rastreabilidade, a Santa Casa de Porto Alegre disponibilizará de forma digital os arquivos através do site <https://opme.santacasa.org.br/>. O acesso será realizado através do número do CPF do Paciente e a senha será gerada através de token (senha temporária gerada por SMS ou e-mail), enviada diretamente para o e-mail ou número de telefone cadastrado. Para atualização do número o Paciente/Responsável deverá entrar em contato pelo e-mail adminternacoes@santacasa.org.br

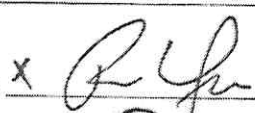
Cláusula 21ª - Fica eleito, de comum acordo, o Foro da Comarca de Porto Alegre, renunciando desde já, as partes, a qualquer outro Foro por mais especial que seja, para dirimir quaisquer litígios decorrentes deste Contrato, cujo teor o Paciente e/ou Responsável declara expressamente conhecer.

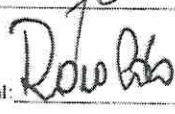
Cláusula 22ª - As partes admitem como válida e aceitam as assinaturas eletrônicas avançadas aportadas em prontuário eletrônico. São avançadas as assinaturas eletrônicas que utilizam certificados não emitidos pela ICP-Brasil ou outro meio de comprovação da autoria e da integridade de documentos em forma eletrônica, tais como acesso por meio de usuário e senha pessoais, conforme previstos nos artigos 4º, II e artigo 14º, I da Lei 14.063/2020.

E assim, por estarem justas e contratadas, assinam as partes este instrumento através de ferramenta eletrônica, admitindo como válidas as assinaturas realizadas com a utilização de mecanismos de assinatura eletrônica, nos termos da medida provisória nº 2.200-2/2001 e legislação citada na cláusula 21ª, juntamente com as testemunhas firmatárias, para que produza ele seus jurídicos e legais efeitos.

Paciente: X
Nome: _____
CPF: _____

Porto Alegre, 11 de junho de 2022

Responsável: X 
Nome: _____
CPF: _____

Responsável pelo Hospital: 
Nome: _____
CPF: _____

Testemunhas:

1. _____
Nome: _____
CPF: _____

2. _____
Nome: _____
CPF: _____



SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
PORTO ALEGRE

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA
TRANSFUSÃO E/OU RECUSA DE HEMOCOMPONENTES:
ADULTO, PEDIÁTRICO E NEONATAL**



16103231

Paciente 1085170 - JOAO VITOR MENDES LEONARDO

Atendimento 16.103.231

Data Nasc. 11/08/2008 13a 10m

Prontuário 635307

CPF 857.523.470-68

Dt. Entrada 11/06/2022 06:20:10

Setor HSC-Centro Cirúrgico (CC60)

Convênio/Categ. PARTICULAR / GERAL- ISCMPA

Leito Adm. CC

DECLARO, ainda, que fui devidamente esclarecido (a) e orientado (a) pela equipe médica, que **diante dessa negativa de autorização para uso de sangue, devendo continuar a assistência de tratamento e acompanhamento da minha saúde com outro profissional ou em outra Instituição de Saúde.**

Ainda, **DECLARO** que fui informado (a) que tenho o direito de **revogar** esse termo a qualquer momento e posteriormente aceitar a realização do tratamento, porém, ciente do risco de que, futuramente, ele poderá não ser mais tão eficaz como seria hoje.

Casos em que o paciente for **menor de idade ou incapaz:**

Sendo o PACIENTE menor de 18 anos (ou incapaz), DECLARO que fui informado que a Santa Casa poderá comunicar as autoridades competentes acerca da minha decisão, conforme Recomendações do Ministério Público Estadual e Estatuto da Criança e do Adolescente.

PREENCHER APENAS EM CASO DE RECONSIDERAÇÃO DO CONSENTIMENTO

() Após conversar com o médico assistente e ter todas as minhas dúvidas esclarecidas, **RECONSIDEREI** a minha decisão anterior e aceito e/ou autorizo, na condição de paciente / representante legal _____ (nome do paciente) a receber a transfusão de sangue ou de outro componente sanguíneo, estando ciente dos riscos transfusionais.

Porto Alegre, ____ de ____ de ____.

Assinatura do Paciente e/ou Responsável Legal _____

OBS: Este documento é válido para todo o período correspondente a esta internação hospitalar.

Caso o paciente e ou responsável decida por **NÃO ACETAR** a transfusão, médico solicitante ou enfermeiro responsável deve comunicar o Serviço de Hemoterapia através do RAMAL 8114 (Imunohematologia).

Essa informação é muito importante para nós.

O médico deverá registrar a obtenção desse consentimento no prontuário do paciente, no item evolução.

Porto Alegre, ____ de ____ de ____

Médico Solicitante: _____ Assinatura/CRM: _____

Dr. Leonardo Eaver
Membro Titular
Associação Brasileira de Cirurgia da Mão
CREMERS 25002



SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
PORTO ALEGRE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA
TRANSFUSÃO E/OU RECUSA DE HEMOCOMPONENTES:
ADULTO, PEDIÁTRICO E NEONATAL



16103231

Paciente	1085170 - JOAO VITOR MENDES LEONARDO	Atendimento	16.103.231
Data Nasc.	11/08/2008 13a 10m	Prontuário	035307
CPF	857.523.470-68	Dt. Entrada	11/06/2022 06:20:10
Setor	HSC-Centro Cirúrgico (CC60)	Convênio/Categ.	PARTICULAR / GERAL- ISCMPA
		Leito	Adm. CC

Sr. (a) Cliente: O Serviço de Hemoterapia da Santa Casa de Porto Alegre busca, através de medidas definidas pelo Ministério da Saúde, garantir a segurança à liberação de unidades de sangue para a transfusão. Este processo inicia na avaliação das condições do candidato à doação, utilização de testes de alta sensibilidade para triagem de doenças passíveis de serem transmitidas pela transfusão (Doença de Chagas, Sífilis, Hepatite B, Hepatite C, SIDA-HIV, pesquisa do vírus associado à paraparesia tropical espástica, Linfoma ou Leucemia-vírus (HTLV), até os testes destinados à compatibilização entre o sangue doado e do receptor. Praticamos um criterioso controle de qualidade de componentes sanguíneos e dos métodos laboratoriais necessários para a análise do sangue a ser transfundido. Mesmo com todo esse cuidado, a transfusão pode causar algumas reações no paciente, sendo as mais comuns: febre, calafrios, tremores e reações alérgicas, que não são previsíveis com os testes acima mencionados. Cabe lembrar que, por mais sofisticados que os testes sejam para o diagnóstico das doenças anteriormente citadas, ainda há a possibilidade, mesmo que remota, de as mesmas serem transmitidas através da transfusão.

É importante que o Sr. (a) esclareça qualquer dúvida com o seu médico.

"O paciente declara conhecimento de que a Santa Casa é Hospital escola e que, por essa razão, os seus atendimentos, bem como exames, procedimentos e todos os demais atos necessários ao seu tratamento integral poderão contar com a participação de doutorandos, residentes e estudantes, o que consente expressamente."

Por favor, escolha uma das alternativas abaixo:

ACEITO OU NÃO ACEITO

Eu reconheço a necessidade de receber sangue ou outro componente sanguíneo, estando ciente dos riscos transfusionais.

Estou ciente de que posso mudar de opinião a respeito de aceitar ou não a transfusão a qualquer momento, durante todo o tratamento.

☒ ACEITO receber sangue ou outro componente sanguíneo.

☐ NÃO ACEITO receber sangue ou outro componente sanguíneo.

João Vitor Mendes Leonardo

Assinatura do Paciente

AUTORIZO OU NÃO AUTORIZO (representante legal)

Eu, _____, inscrito no CPF sob nº _____,

_____, domiciliado na rua _____,

Cidade _____, Estado _____, na condição de representante legal do paciente acima, reconheço a necessidade do recebimento da transfusão de sangue ou outro componente sanguíneo, estando ciente dos riscos transfusionais.

Estou ciente de que posso mudar de opinião a respeito de autorizar ou não a transfusão a qualquer momento, durante todo o tratamento.

☐ AUTORIZO receber sangue ou outro componente sanguíneo.

☐ NÃO AUTORIZO receber sangue ou outro componente sanguíneo.

Assinatura do responsável Legal: _____ Grau de Parentesco: _____

PREENCHER APENAS EM CASO DE NÃO ACEITAÇÃO DA TRANSFUSÃO

Informo que NÃO AUTORIZO a realização de TRANSFUSÃO DE SANGUE, o que faço expressa e voluntariamente, sem qualquer espécie de constrangimento, coação, intimidação ou subordinação estando plenamente consciente dos riscos desta decisão: a não realização do tratamento proposto ocasionará a progressão da doença, inclusive com risco de morte (não iminente), dentre os demais riscos: _____, não

autorizando a concretização da transfusão por motivo:

☐ crença religiosa ☐ outro _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTOS INVASIVOS E CIRURGIAS



16103231

Paciente 1085170 - JOAO VITOR MENDES LEONARDO
Data Nasc. 11/08/2008 13a 10m
Sexo MASCULINO
CPF 857.523.470-68
Setor HSC-Centro Cirúrgico (CC60)
Leito Adm. CC

Atendimento 16.103.231
Prontuário 635307
Dt. Entrada 11/06/2022 06:20:10
Convênio/Categ. PARTICULAR / GERAL- ISCMPA

Autorizo a realização do(s) seguinte(s) procedimento(s) invasivo(s) e/ou cirurgia(s): dado im nobilio
indicado pelo Dr.(a) abaixo mencionado
(a) e sua equipe, médicos ou dentistas credenciados na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

1. A proposta do procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que serei submetido (a), seus benefícios, riscos complicações potenciais e alternativas me foram explicadas claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
2. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemocomponentes, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
3. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.
4. Também estou ciente de que procedimentos invasivos e cirurgias, como o explicado acima, sempre têm riscos e podem ocorrer complicações conhecidas como sangramento, infecção, alterações no funcionamento do coração, pulmões e dos rins e ainda outras imprevíveis.
5. Concorde, portanto, que o médico/dentista acima identificado e sua equipe realizem os procedimentos necessários para o tratamento proposto. Permitto que a equipe utilize seus conhecimentos técnicos para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis, utilizando tratamentos atuais e disponíveis na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.
6. Também entendi que, a qualquer momento e sem prestar qualquer explicação, poderei revogar este consentimento, antes da realização do procedimento.

Observações pertinentes: _____

"O paciente declara conhecimento de que a Santa Casa é hospital escola e que, por essa razão, os seus atendimentos, bem como exames, procedimentos e todos os demais atos necessários ao seu tratamento integral poderão contar com a participação de doutorandos, residentes e estudantes, o que consente expressamente."

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que entendi que a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar este consentimento, antes que o procedimento indicado se realize.

☐ Paciente ☒ Responsável

Nome legível: Adriano CM Leonardo Assinatura: Ad
Grau de Parentesco: _____ Identidade nº _____

Porto Alegre, 11/06/2022 06:22:26

Deve ser preenchido pelo médico/dentista

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

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

Nome do profissional: _____ Assinatura: _____ CRM/CRO: _____



SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
PORTO ALEGRE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA SEDAÇÃO / ANESTESIA



16103231

Paciente 1085170 - JOAO VITOR MENDES LEONARDO
Data Nasc. 11/08/2008 13a 10m
Sexo MASCULINO
CPF 857.523.470-68
Setor HSC-Centro Cirúrgico (CC60)
Leito Adm. CC

Atendimento 16.103.231
Prontuário 635307
Dt. Entrada 11/06/2022 06:20:10
Convênio/Categ. PARTICULAR / GERAL- ISCMPA

Por este instrumento, declaro que estou ciente da necessidade de realização de:

() anestesia geral () anestesia raquidiana () anestesia peridural
(X) outra anestesia regional (X) sedação () acompanhamento do Anestesiologista
para realização do procedimento / cirurgia: _____

Os riscos e benefícios da técnica escolhida e suas alternativas foram discutidas comigo.

Foi esclarecido que qualquer técnica anestésica poderá necessitar de procedimentos complementares como, por exemplo, uma anestesia geral após uma anestesia regional ou sedação. Apesar dos cuidados, esforços e capacidade dos profissionais envolvidos, em princípio, não existe sedação/anestesia mais ou menos simples, pois todas apresentam risco de morte ao paciente.

Fui comunicado que entre as complicações mais comuns da sedação/anestesia estão:

- Dor de garganta, sangramento nasal e/ou oral em pequena quantidade e traumas em dentes, pela manipulação da cavidade oral ou intubação orotraqueal;
- Laringoespasma (obstrução das vias respiratória), broncoespasmo e outras complicações respiratórias;
- Dor de cabeça, tonturas, náuseas, vômitos, tremores e dificuldade respiratória durante a recuperação da anestesia;
- Dor e hematomas nos locais onde a anestesia foi aplicada, bem como a necessidade de punções múltiplas (várias tentativas de achar veias), dependendo da dificuldade de punção;
- Agitação psicomotora, ao despertar da anestesia;
- Reações alérgicas a medicamentos ou produtos utilizados pela equipe médica, de gravidade variável (desde reações na pele, edema de vias aéreas e parada cardiorespiratória), mesmo sem ter tido algum tipo de reação anteriormente.

Autorizo desde já a realização de qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, em situações de emergência que possam ocorrer e necessitam de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

Fui informado ainda que o tabagismo, o álcool, o uso de drogas entorpecentes e estimulantes, entre outros, são fatores que podem trazer prejuízo ao procedimento e/ou tratamento a que serei submetido, e cujas possíveis complicações e intercorrências foram devidamente esclarecidas.

Declaro que informei ao médico todas as doenças (inclusive quadros agudos, como gripes e resfriados), medicações de uso contínuo, hábitos (tabagismo, consumo de álcool ou drogas) complicações prévias, história de alergias relacionadas a anestesia, medicamentos ou alimentos, bem como minhas condições de jejum.

Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordei com tudo que me foi proposto e que me foi concedida a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas sobre o procedimento anestésico.

Fui informado também que, apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as minhas dúvidas e estar plenamente satisfeito com as informações recebidas, tenho o direito de revogar este consentimento, ou seja, anular esta autorização, antes que o procedimento indicado tenha começado.

Diante disto, autorizo a realização do procedimento anestésico proposto pela equipe médica da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

"O paciente declara conhecimento de que a Santa Casa é hospital escola e que, por essa razão, os seus atendimentos, bem como exames, procedimentos e todos os demais atos necessários ao seu tratamento integral poderão contar com a participação de doutorandos, residentes e estudantes, o que consente expressamente."

Porto Alegre, 16 de 06 de 2022

() Paciente / Assinatura: _____

(X) Responsável Legal / Grau de Parentesco: _____ CPF: _____

Nome Legível: Adilson M. Leonardo Assinatura: _____

Confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável acima identificado, o propósito, benefícios e riscos do procedimento anestésico proposto, tendo respondido de forma esclarecedora às perguntas formuladas. Conforme meu entendimento, o paciente e/ou responsável está em condições de compreender o que lhe foi informado.

Médico Responsável: _____ Assinatura / CRM: _____

Assinatura de Adilson M. Leonardo
Membro Titular
CRMERS 25062

Assinatura de Adilson M. Leonardo
Membro Titular
CRMERS 25062