Eu que abaixo subscrevo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador do RG sob nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e CPF/MF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente e domiciliado à (Rua/Avenida) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Estado de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por esta e na melhor forma de direito declaro que:

1º) Que fui informado(a) pelo(a) médico(a) que me assiste, de minha total confiança e livre escolha, Dr(a). \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sobre o procedimento iridectomia por Yag Laser, a que vou me submeter, bem como do diagnóstico, prognóstico, riscos e objetivos do tratamento. E sobre os riscos a que posso estar sujeito em caso de não observância dos critérios adequados para a indicação do procedimento de acordo com a Sociedade Brasileira de Glaucoma, conforme lista exemplificativa abaixo.

2º) Declaro também que fui informado(a) de todos os cuidados e orientações que devo seguir a fim de alcançar o melhor resultado, especificadas a seguir: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Estou ciente que o tratamento não se limita ao procedimento realizado, sendo que deverei retornar ao consultório/hospital nos dias determinados pelo médico(a), bem como informa-lo imediatamente sobre possíveis alterações/problemas que porventura possam surgir.

3º) Declaro ter sido suficientemente informado(a), sendo descrito de forma acessível e compreensível o exame, o tratamento, a cirurgia a ser realizada, bem como esclarecidas as indicações técnicas previstas pelo Consenso Médico da Sociedade Brasileira de Glaucoma, sendo certo que a não observância dos critérios poderá agravar riscos com o procedimento: falha na obtenção da iridotomia; fechamento imediato ou tardio da iridotomia; lesão epitelial ou endotelial da córnea; hifema (hemorragia na câmara anterior); opacidade do cristalino; lesão retiniana; uveíte anterior; corectopia (deslocamento pupilar de sua posição normal); edema macular cistóide; aumento da pressão intraocular; distúrbios visuais; cegueira).

4º) Declaro que ficaram claros para mim quais são os propósitos dos procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos destacados **e que a minha decisão é de aceitar este procedimento**.

5º) Concordo voluntariamente com o que será realizado e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento antes da realização da cirurgia.

6º) Declaro ainda que as informações foram prestadas de viva voz pelo(a) médico(a), tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas, bem como estou plenamente ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e o resultado do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar as providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

7º) Declaro que o(a) médico(a) me informou sobre a natureza e características do tratamento proposto, bem como dos resultados esperados e de outras possíveis alternativas de tratamento para a doença como também os possíveis riscos conhecidos, complicações e benefícios esperados relativos ao tratamento proposto e as formas alternativas, incluindo o não tratamento. Informando-me, ainda, que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições podem requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos, como também que em uma cirurgia existem riscos significantes levando à necessidade de futuros tratamentos ou procedimentos cirúrgicos.

8º) Em caso de eventual anestesia, esta deverá ser feita por um médico anestesiologista aprovado pelo(a) meu(minha) médico(a), sabendo que toda anestesia envolve um certo risco, podendo ocorrer complicações e danos.

9º) Declaro, por fim, que tenho conhecimento de que a responsabilidade da operadora se limita à cobertura dos procedimentos referidos, eximindo-a de quaisquer problemas e/ou complicações do insucesso da cirurgia, ou pelo não atendimento das normas legais por parte das instituições e respectivos profissionais que se disponham a realizá-los.

Por ser a mais pura expressão da verdade, firmo o presente.

Maringá, \_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2017.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assinatura e Nome Legível do Beneficiário ou Responsável Legal**

CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Médico Assistente**

(Nome legível, Nº CRM legível e assinatura)

**Testemunhas:**

Nome: Nome:

RG: RG:

CPF/MF: CPF/MF: