

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito no CPF/ME sob o nº \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_, na qualidade de paciente hospitalar ou respectivo responsável legal, **declaro** para todos os fins de direito, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei nº 8.078/90<sup>1</sup>, a **expressa e plena autorização** ao(a) médico(a) assistente Dr(a). \_\_\_\_\_, inscrito no CRM/SC sob o nº \_\_\_\_\_ ou qualquer outro(a) médico(a) credenciado pelo **Hospital Unimed Grande Florianópolis**, à proceder todas as investigações necessárias ao diagnóstico do meu estado de saúde, inclusive administrar anestésicos, transfusões de sangue ou adotar outras condutas médicas clinicamente necessárias, podendo valer-se do auxílio dos outros profissionais de saúde.

No mesmo sentido, **autorizo expressamente** a realização do(s) seguinte(s) procedimento(s):  
**CIRURGIA DO NARIZ**

Assim, tendo sido pessoalmente informado(a) pelo médico assistente acima designado e estando devidamente esclarecido(a) dos riscos e possíveis complicações, **autorizo** a realização do(s) procedimento(s).

Por fim, declaro estar ciente sobre a possibilidade de revogar o presente consentimento a qualquer momento, desde que adequadamente formalizado ao **Hospital Unimed Grande Florianópolis**.

Assino o presente Termo para que produza todos os efeitos em direito admitidos, declarando ainda ter recebido uma cópia.

São José/SC, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nome:

CPF:

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

<sup>1</sup> Lei nº 8.078/1990:

Art. 39. É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços, dentre outras práticas abusivas:

IV - prevalecer-se da fraqueza ou ignorância do consumidor, tendo em vista sua idade, saúde, conhecimento ou condição social, para impingir-lhe seus produtos ou serviços; (...)

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito no CPF/ME sob o nº \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_, na qualidade de paciente hospitalar ou respectivo representante legal, **declaro** para todos os fins de direito, que o(a) médico(a) assistente Dr(a). \_\_\_\_\_, inscrito no CRM/SC sob o nº \_\_\_\_\_, atendendo ao disposto nos artigos 31 e 34 do Código de Ética Médica e no artigo 9º da nº Lei 8.078/90, apresentou/prestou informações detalhadas sobre o diagnóstico de **CIRURGIA DO NARIZ**, apresentando métodos alternativos e sugerindo o seguinte tratamento médico cirúrgico: **CIRURGIA DO NARIZ**

**DIAGNÓSTICO:** Assimetria ou desvio do nariz e/ou septo nasal.

**CIRURGIA PROPOSTA:** Rinoplastia (cirurgia do nariz) ou Rinosseptoplastia (cirurgia do nariz e do septo).

**CICATRIZES:** em columela nasal (abaixo da ponta do nariz na porção que divide as duas narinas) e/ou rebordo mucoso interno do nariz.

**ANESTESIA:** geral ou local com sedação.

**COMPLICAÇÕES:** Persistência dos desvios e assimetrias, acúmulo de líquido (seroma) ou sangue (hematoma) ou secreção (infecção), perda de viabilidade de tecidos (necrose de pele), deiscência de suturas (abertura dos pontos), infecção, flacidez de pele, retração de pele, perda da sensibilidade de áreas operadas, inchaço (edema), áreas roxas (equimose), possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira).

### **INFEÇÃO HOSPITALAR:**

A Portaria nº 2.616/1998 do Ministério da Saúde estabeleceu as normas do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), determinando aos hospitais a constituir a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Os índices de infecção hospitalar aceitos são estabelecidos tendo como parâmetro o National Nosocomial Infection Surveillance – Vigilância Nosocomial de Infecção (NNIS), órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceito, conforme segue:

1. Cirurgias limpas (2%) – são aquelas que não apresentam processo infeccioso e inflamatório local e durante a cirurgia, não havendo penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário;
2. Cirurgias potencialmente contaminadas (10%) – são aquelas que necessitam drenagem aberta, havendo penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário;
3. Cirurgias contaminadas (20%) – são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizados e abertos, colonizados por flora bacteriana abundante de difícil ou impossível descontaminação e sem supuração local. Presença de inflamação aguda na incisão cirúrgica e grande contaminação a partir do tubo digestivo. Inclui obstrução biliar e urinária;

4. Cirurgias infectadas (40%) – são aquelas realizadas na presença do processo infeccioso (supuração local) e/ou tecido necrótico.

Confirmando expressamente que recebi explicações, li, compreendi os termos médicos, sendo inclusive oportunizada a realização de perguntas e o esclarecimento de eventuais dúvidas e restando claro para mim quais são os propósitos dos procedimentos o qual estarei submetido, seus desconfortos e riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis decorrentes. Portanto, declaro expressamente que entendi e voluntariamente concordo em realizar a cirurgia.

O(A) médico(a) explicou que em algumas circunstâncias as cirurgias podem gerar situações complicadas, independente da perícia, prudência ou vontade do médico. Fui devidamente informado(a) e compreendi que a prática médica/cirúrgica não é uma ciência exata, e, portanto não podem ser conferidas quaisquer garantias, nem certeza quanto ao resultado do tratamento e da cirurgia.

Declaro ter sido igualmente cientificado 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 os tratamentos e cirurgias inicialmente propostas. Neste caso autorizo expressamente e desde já que o(a) médico(a) adote as providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento técnico-médico.

Declaro ainda que nada omiti em relação a minha saúde e solicito que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica ou fique na guarda pessoal do(a) meu médico(a), autorizando expressamente a utilização das informações e dados contidos em qualquer época e a qualquer momento no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal utilização implique em qualquer tipo de ofensa ou prejuízo. Autorizo da mesma forma o acesso a minha ficha clínica que porventura exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica ou consultório inclusive a solicitação de segunda via de exames laboratoriais, cardiológicos, raio-x e quaisquer outros existentes.

Assim, devidamente informado e esclarecido, **autorizo** a realização do tratamento e da cirurgia propostos, expressando que as informações foram prestadas pessoalmente pelo médico(a), tendo entendido e aceito.

Por fim, declaro estar ciente sobre a possibilidade de revogar o presente consentimento a qualquer momento, desde que adequadamente formalizado ao **Hospital Unimed Grande Florianópolis**.

Assino o presente Termo para que produza todos os efeitos em direito admitidos, declarando ainda ter recebido uma cópia.

São José/SC, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Nome:

CPF:

<b>Deve ser preenchido pelo médico assistente</b>		
<p>Declaro que informei e expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia propostos ao próprio paciente e/ou seu responsável legal, inclusive sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, possui condições de compreender e compreenderam o que lhes foi informado.</p>		
Nome do médico _____	Assinatura _____	CRM _____

<b>CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS</b>	
<hr/> Assinatura do(a) paciente	<hr/> Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente
NOME RG N°	NOME RG N°

**Código Brasileiro de Defesa do Consumidor – Lei nº 8.078/90: Art. 9º.** O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou a segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

**Código de Ética Médica: Art. 22º.** Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. **Art. 24º** Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo. **Art. 31º.** Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte. **Art. 34º.** Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, neste caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

**OBS: Obrigatório rubricar todas as vias.**

**1º via do Paciente.**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito no CPF/ME sob o nº \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_, na qualidade de paciente hospitalar ou respectivo representante legal, **declaro** para todos os fins de direito, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei nº 8.078/90<sup>2</sup>, a **expressa e plena autorização** ao(a) médico(a) assistente Dr(a). \_\_\_\_\_, inscrito no CRM/SC sob o nº \_\_\_\_\_ ou qualquer outro(a) médico(a) credenciado pelo **Hospital Unimed Grande Florianópolis**, à proceder todas as investigações necessárias ao diagnóstico do meu estado de saúde, inclusive administrar anestésias, transfusões de sangue ou adotar outras condutas médicas clinicamente necessárias, podendo valer-se do auxílio dos outros profissionais de saúde.

No mesmo sentido, **autorizo expressamente** a realização do(s) seguinte(s) procedimento(s):  
**CIRURGIA DO NARIZ**

Assim, tendo sido pessoalmente informado(a) pelo médico assistente acima designado e estando devidamente esclarecido(a) dos riscos e possíveis complicações, **autorizo** a realização do(s) procedimento(s).

Por fim, declaro estar ciente sobre a possibilidade de revogar o presente consentimento a qualquer momento, desde que adequadamente formalizado ao **Hospital Unimed Grande Florianópolis**.

Assino o presente Termo para que produza todos os efeitos em direito admitidos, declarando ainda ter recebido uma cópia.

São José/SC, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Nome:

CPF:

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

<sup>2</sup> Lei nº 8.078/1990:

Art. 39. É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços, dentre outras práticas abusivas:

IV - prevalecer-se da fraqueza ou ignorância do consumidor, tendo em vista sua idade, saúde, conhecimento ou condição social, para impingir-lhe seus produtos ou serviços; (...)

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito no CPF/ME sob o nº \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_, na qualidade de paciente hospitalar ou respectivo representante legal, **declaro** para todos os fins de direito, que o(a) médico(a) assistente Dr(a). \_\_\_\_\_, inscrito no CRM/SC sob o nº \_\_\_\_\_, atendendo ao disposto nos artigos 31 e 34 do Código de Ética Médica e no artigo 9º da nº Lei 8.078/90, apresentou/prestou informações detalhadas sobre o diagnóstico de **CIRURGIA DO NARIZ**, apresentando métodos alternativos e sugerindo o seguinte tratamento médico cirúrgico: **CIRURGIA DO NARIZ**

**DIAGNÓSTICO:** Assimetria ou desvio do nariz e/ou septo nasal.

**CIRURGIA PROPOSTA:** Rinoplastia (cirurgia do nariz) ou Rinosseptoplastia (cirurgia do nariz e do septo).

**CICATRIZES:** em columela nasal (abaixo da ponta do nariz na porção que divide as duas narinas) e/ou rebordo mucoso interno do nariz.

**ANESTESIA:** geral ou local com sedação.

**COMPLICAÇÕES:** Persistência dos desvios e assimetrias, acúmulo de líquido (seroma) ou sangue (hematoma) ou secreção (infecção), perda de viabilidade de tecidos (necrose de pele), deiscência de suturas (abertura dos pontos), infecção, flacidez de pele, retração de pele, perda da sensibilidade de áreas operadas, inchaço (edema), áreas roxas (equimose), possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira).

### **INFECÇÃO HOSPITALAR:**

A Portaria nº 2.616/1998 do Ministério da Saúde estabeleceu as normas do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), determinando aos hospitais a constituir a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Os índices de infecção hospitalar aceitos são estabelecidos tendo como parâmetro o National Nosocomial Infection Surveillance – Vigilância Nosocomial de Infecção (NNIS), órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceito, conforme segue:

1. Cirurgias limpas (2%) – são aquelas que não apresentam processo infeccioso e inflamatório local e durante a cirurgia, não havendo penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário;
2. Cirurgias potencialmente contaminadas (10%) – são aquelas que necessitam drenagem aberta, havendo penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário;
3. Cirurgias contaminadas (20%) – são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizadas e abertos, colonizados por flora bacteriana abundante de difícil ou impossível descontaminação e sem supuração local. Presença de inflamação aguda na incisão cirúrgica e grande contaminação a partir do tubo digestivo. Inclui obstrução biliar e urinária;

4. Cirurgias infectadas (40%) – são aquelas realizadas na presença do processo infeccioso (supuração local) e/ou tecido necrótico.

Confirmando expressamente que recebi explicações, li, compreendi os termos médicos, sendo inclusive oportunizada a realização de perguntas e o esclarecimento de eventuais dúvidas e restando claro para mim quais são os propósitos dos procedimentos o qual estarei submetido, seus desconfortos e riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis decorrentes. Portanto, declaro expressamente que entendi e voluntariamente concordo em realizar a cirurgia.

O(A) médico(a) explicou que em algumas circunstâncias as cirurgias podem gerar situações complicadas, independente da perícia, prudência ou vontade do médico. Fui devidamente informado(a) e compreendi que a prática médica/cirúrgica não é uma ciência exata, e, portanto não podem ser conferidas quaisquer garantias, nem certeza quanto ao resultado do tratamento e da cirurgia.

Declaro ter sido igualmente cientificado 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 os tratamentos e cirurgias inicialmente propostas. Neste caso autorizo expressamente e desde já que o(a) médico(a) adote as providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento técnico-médico.

Declaro ainda que nada omiti em relação a minha saúde e solicito que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica ou fique na guarda pessoal do(a) meu médico(a), autorizando expressamente a utilização das informações e dados contidos em qualquer época e a qualquer momento no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal utilização implique em qualquer tipo de ofensa ou prejuízo. Autorizo da mesma forma o acesso a minha ficha clínica que porventura exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica ou consultório inclusive a solicitação de segunda via de exames laboratoriais, cardiológicos, raio-x e quaisquer outros existentes.

Assim, devidamente informado e esclarecido, **autorizo** a realização do tratamento e da cirurgia propostos, expressando que as informações foram prestadas pessoalmente pelo médico(a), tendo entendido e aceito.

Por fim, declaro estar ciente sobre a possibilidade de revogar o presente consentimento a qualquer momento, desde que adequadamente formalizado ao **Hospital Unimed Grande Florianópolis**.

Assino o presente Termo para que produza todos os efeitos em direito admitidos, declarando ainda ter recebido uma cópia.

São José/SC, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Nome:

CPF:

**Deve ser preenchido pelo médico assistente**

Declaro que informei e expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia propostos ao próprio paciente e/ou seu responsável legal, inclusive sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, possui condições de compreender e compreenderam o que lhes foi informado.

Nome do médico \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_

**CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS**

_____ Assinatura do(a) paciente	_____ Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente
NOME RG N°	NOME RG N°

**Código Brasileiro de Defesa do Consumidor – Lei nº 8.078/90: Art. 9º.** O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou a segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

**Código de Ética Médica: Art. 22º.** Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. **Art. 24º** Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo. **Art. 31º.** Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte. **Art. 34º.** Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, neste caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

**OBS: Obrigatório rubricar todas as vias.**

**2º via do Médico(a) assistente.**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito no CPF/ME sob o nº \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_ - \_\_\_\_, na qualidade de paciente hospitalar ou respectivo representante legal, **declaro** para todos os fins de direito, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei nº 8.078/90<sup>3</sup>, a **expressa e plena autorização** ao(a) médico(a) assistente Dr(a). \_\_\_\_\_, inscrito no CRM/SC sob o nº \_\_\_\_\_ ou

**3** Lei nº 8.078/1990:

Art. 39. É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços, dentre outras práticas abusivas:

IV - prevalecer-se da fraqueza ou ignorância do consumidor, tendo em vista sua idade, saúde, conhecimento ou condição social, para impingir-lhe seus produtos ou serviços; (...)

qualquer outro(a) médico(a) credenciado pelo **Hospital Unimed Grande Florianópolis**, à proceder todas as investigações necessárias ao diagnóstico do meu estado de saúde, inclusive administrar anestésias, transfusões de sangue ou adotar outras condutas médicas clinicamente necessárias, podendo valer-se do auxílio dos outros profissionais de saúde.

No mesmo sentido, **autorizo expressamente** a realização do(s) seguinte(s) procedimento(s):  
**CIRURGIA DO NARIZ**

Assim, tendo sido pessoalmente informado(a) pelo médico assistente acima designado e estando devidamente esclarecido(a) dos riscos e possíveis complicações, **autorizo** a realização do(s) procedimento(s).

Por fim, declaro estar ciente sobre a possibilidade de revogar o presente consentimento a qualquer momento, desde que adequadamente formalizado ao **Hospital Unimed Grande Florianópolis**.

Assino o presente Termo para que produza todos os efeitos em direito admitidos, declarando ainda ter recebido uma cópia.

São José/SC, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Nome:

CPF:

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito no CPF/ME sob o nº \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_, na qualidade de paciente hospitalar ou respectivo representante legal, **declaro** para todos os fins de direito, que o(a) médico(a) assistente Dr(a). \_\_\_\_\_, inscrito no CRM/SC sob o nº \_\_\_\_\_, atendendo ao disposto nos artigos 31 e 34 do Código de Ética Médica e no artigo 9º da nº Lei 8.078/90, apresentou/prestou informações detalhadas sobre o diagnóstico de **CIRURGIA DO NARIZ**, apresentando métodos alternativos e sugerindo o seguinte tratamento médico cirúrgico:**CIRURGIA DO NARIZ**

**DIAGNÓSTICO:** Assimetria ou desvio do nariz e/ou septo nasal.

**CIRURGIA PROPOSTA:** Rinoplastia (cirurgia do nariz) ou Rinosseptoplastia (cirurgia do nariz e do septo).

**CICATRIZES:** em columela nasal (abaixo da ponta do nariz na porção que divide as duas narinas) e/ou rebordo mucoso interno do nariz.

**ANESTESIA:** geral ou local com sedação.

**COMPLICAÇÕES:** Persistência dos desvios e assimetrias, acúmulo de líquido (seroma) ou sangue (hematoma) ou secreção (infecção), perda de viabilidade de tecidos (necrose de pele), deiscência de suturas (abertura dos pontos), infecção, flacidez de pele, retração de pele, perda da sensibilidade de áreas operadas, inchaço (edema), áreas roxas (equimose), possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira).

### **INFECCÃO HOSPITALAR:**

A Portaria nº 2.616/1998 do Ministério da Saúde estabeleceu as normas do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), determinando aos hospitais a constituir a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Os índices de infecção hospitalar aceitos são estabelecidos tendo como parâmetro o National Nosocomial Infection Surveillance – Vigilância Nosocomial de Infecção (NNIS), órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceito, conforme segue:

1. Cirurgias limpas (2%) – são aquelas que não apresentam processo infeccioso e inflamatório local e durante a cirurgia, não havendo penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário;
2. Cirurgias potencialmente contaminadas (10%) – são aquelas que necessitam drenagem aberta, havendo penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário;
3. Cirurgias contaminadas (20%) – são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizados e abertos, colonizados por flora bacteriana abundante de difícil ou impossível descontaminação e sem supuração local. Presença de inflamação aguda na incisão cirúrgica e grande contaminação a partir do tubo digestivo. Inclui obstrução biliar e urinária;
4. Cirurgias infectadas (40%) – são aquelas realizadas na presença do processo infeccioso (supuração local) e/ou tecido necrótico.

Confirmando expressamente que recebi explicações, li, compreendi os termos médicos, sendo inclusive oportunizada a realização de perguntas e o esclarecimento de eventuais dúvidas e restando claro para mim quais são os propósitos dos procedimentos o qual estarei submetido, seus desconfortos e riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis decorrentes. Portanto, declaro expressamente que entendi e voluntariamente concordo em realizar a cirurgia.

O(A) médico(a) explicou que em algumas circunstâncias as cirurgias podem gerar situações complicadas, independente da perícia, prudência ou vontade do médico. Fui devidamente informado(a) e compreendi que a prática médica/cirúrgica não é uma ciência exata, e, portanto não podem ser conferidas quaisquer garantias, nem certeza quanto ao resultado do tratamento e da cirurgia.

Declaro ter sido igualmente cientificado 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 os tratamentos e cirurgias inicialmente propostas. Neste caso autorizo expressamente e desde já que o(a) médico(a) adote as providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento técnico-médico.

Declaro ainda que nada omiti em relação a minha saúde e solicito que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica ou fique na guarda pessoal do(a) meu médico(a), autorizando expressamente a utilização das informações e dados contidos em qualquer época e a qualquer momento no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal utilização implique em qualquer tipo de ofensa ou prejuízo. Autorizo da mesma forma o acesso a minha ficha clínica que porventura exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica ou consultório inclusive a solicitação de segunda via de exames laboratoriais, cardiológicos, raio-x e quaisquer outros existentes.

Assim, devidamente informado e esclarecido, **autorizo** a realização do tratamento e da cirurgia propostos, expressando que as informações foram prestadas pessoalmente pelo médico(a), tendo entendido e aceito.

Por fim, declaro estar ciente sobre a possibilidade de revogar o presente consentimento a qualquer momento, desde que adequadamente formalizado ao **Hospital Unimed Grande Florianópolis**.

Assino o presente Termo para que produza todos os efeitos em direito admitidos, declarando ainda ter recebido uma cópia.

São José/SC, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Nome:

CPF:

**Deve ser preenchido pelo médico assistente**

Declaro que informei e expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia propostos ao próprio paciente e/ou seu responsável legal, inclusive sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o

meu entendimento, o paciente ou seu responsável, possui condições de compreender e compreenderam o que lhes foi informado.

Nome do médico \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_

### CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS

_____ Assinatura do(a) paciente	_____ Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente
NOME RG N°	NOME RG N°

**Código Brasileiro de Defesa do Consumidor – Lei nº 8.078/90: Art. 9º.** O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou a segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

**Código de Ética Médica: Art. 22º.** Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. **Art. 24º** Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo. **Art. 31º.** Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte. **Art. 34º.** Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, neste caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

**OBS: Obrigatório rubricar todas as vias.**

**3º via do Hospital Grande Florianópolis.**