

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 8.078/90¹, 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 ministrar 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 DE VARIZES

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

¹ 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 DE VARIZES**, apresentando métodos alternativos e sugerindo o seguinte tratamento médico cirúrgico: **CIRURGIA DE VARIZES**

DEFINIÇÃO: é uma dilatação permanente das veias superficiais da perna, levando a insuficiência venosa superficial crônica de membro(s) inferior(es). É doença crônica, evolutiva, que necessita acompanhamento médico constante. CBHPM – 3.09.07.13-6

INDICAÇÕES: a cirurgia é indicada como forma de resolução do problema estético e para correção do distúrbio circulatório provocado pelo refluxo sangüíneo.

TIPOS DE TRATAMENTO CIRÚRGICO: As cirurgias indicadas são: safenectomia interna (retirada veia safena interna), safenectomia externa (retirada da veia safena externa), ligadura de perforantes e exérese de veias varicosas.

COMPLICAÇÕES:

- Equimoses difusas (roxos);
- Hematomas: (coleções localizadas de sangue);
- Hiperpigmentação da pele ou presença de eritema (vermelhidão);
- Aparecimento de telangiectasias (microvarizes);
- Sangramento ao nível das incisões;
- Edema (inchaço) pós-operatório;
- Flebite de uma veia superficial;
- Linforrêia (secreção de linfa pela cicatrizes);
- Linfocele (pequeno nódulo);
- Linfedema: (inchaço persistente),
- Lesão de nervos (é relativamente freqüente);
- Infecção;
- Lesões arteriais;
- Lesões de grandes veias;
- Trombose venosa profunda (formação de coágulos de sangue nas veias profundas);
- Varizes recidivadas (são novas varizes que se formarão);
- 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.

Confirmo 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 Nº	NOME RG Nº
---------------	---------------

NOME RG Nº	NOME RG Nº
---------------	---------------

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 8.078/90², 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 DE VARIZES

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).

² 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; (...)

_____, 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 DE VARIZES**, apresentando métodos alternativos e sugerindo o seguinte tratamento médico cirúrgico: **CIRURGIA DE VARIZES**

DEFINIÇÃO: é uma dilatação permanente das veias superficiais da perna, levando a insuficiência venosa superficial crônica de membro(s) inferior(es). É doença crônica, evolutiva, que necessita acompanhamento médico constante. CBHPM – 3.09.07.13-6

INDICAÇÕES: a cirurgia é indicada como forma de resolução do problema estético e para correção do distúrbio circulatório provocado pelo refluxo sangüíneo.

TIPOS DE TRATAMENTO CIRÚRGICO: As cirurgias indicadas são: safenectomia interna (retirada veia safena interna), safenectomia externa (retirada da veia safena externa), ligadura de perfurantes e exérese de veias varicosas.

COMPLICAÇÕES:

- Equimoses difusas (roxos);
- Hematomas: (coleções localizadas de sangue);
- Hiperpigmentação da pele ou presença de eritema (vermelhidão);
- Aparecimento de telangiectasias (microvarizes);
- Sangramento ao nível das incisões;
- Edema (inchaço) pós-operatório;
- Flebite de uma veia superficial;
- Linforrêia (secreção de linfa pela cicatrizes);
- Linfocele (pequeno nódulo);
- Linfedema: (inchaço persistente),
- Lesão de nervos (é relativamente freqüente);
- Infecção;
- Lesões arteriais;
- Lesões de grandes veias;
- Trombose venosa profunda (formação de coágulos de sangue nas veias profundas);
- Varizes recidivadas (são novas varizes que se formarão);
- 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 à 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 à 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 NOME RG N°	Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente 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 8.078/90³, a **expressa e plena autorização** ao(a) médico(a) assistente Dr(a).

³ Lei nº 8.078/1990:

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

_____, 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 DE VARIZES

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 DE**

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; (...)

VARIZES, apresentando métodos alternativos e sugerindo o seguinte tratamento médico cirúrgico: **CIRURGIA DE VARIZES**

DEFINIÇÃO: é uma dilatação permanente das veias superficiais da perna, levando a insuficiência venosa superficial crônica de membro(s) inferior(es). É doença crônica, evolutiva, que necessita acompanhamento médico constante. CBHPM – 3.09.07.13-6

INDICAÇÕES: a cirurgia é indicada como forma de resolução do problema estético e para correção do distúrbio circulatório provocado pelo refluxo sangüíneo.

TIPOS DE TRATAMENTO CIRÚRGICO: As cirurgias indicadas são: safenectomia interna (retirada veia safena interna), safenectomia externa (retirada da veia safena externa), ligadura de perfurantes e exérese de veias varicosas.

COMPLICAÇÕES:

- Equimoses difusas (roxos);
- Hematomas: (coleções localizadas de sangue);
- Hiperpigmentação da pele ou presença de eritema (vermelhidão);
- Aparecimento de telangiectasias (microvarizes);
- Sangramento ao nível das incisões;
- Edema (inchaço) pós-operatório;
- Flebite de uma veia superficial;
- Linforrêia (secreção de linfa pela cicatrizes);
- Linfocele (pequeno nódulo);
- Linfedema: (inchaço persistente),
- Lesão de nervos (é relativamente freqüente);
- Infecção;
- Lesões arteriais;
- Lesões de grandes veias;
- Trombose venosa profunda (formação de coágulos de sangue nas veias profundas);
- Varizes recidivadas (são novas varizes que se formarão);
- 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

NOME
RG Nº

Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente

NOME
RG Nº

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.