

TERMO DE CONSENTIMENTO – CIRURGIA DA MÃO

Por meio deste documento, eu, _____
declaro, para todos os fins legais, especialmente em relação ao art. 39, VI, da lei 8.078/90, que dou plena
autorização ao médico Dr. _____, CRM MG _____,
sua equipe, para executar o tratamento cirúrgico da mão designado

_____, bem como todos os procedimentos que o integram e que
se fizerem necessários, além da anestesia e outras condutas médico-cirúrgicas que tal tratamento venha
a exigir.

Declaro estar ciente de que a cirurgia não devolve a sensibilidade da mão para alguns casos e que a
funcionalidade depende do grau de lesão prévia do membro. Além disto, possuo plena consciência de que
é essencial seguir todas as orientações repassadas a mim pelos profissionais responsáveis pela
realização do procedimento.

Declaro, ainda, que fui esclarecido sobre as possíveis complicações inerentes a qualquer ato cirúrgico,
como infecção superficial ou profunda, soltura de pontos, rigidez temporária ou permanente de uma ou
mais articulações, aderências de tendões, edema (inchaço) e imobilização. Declaro que o médico me
informou sobre o procedimento, tratamentos alternativos e os riscos significativos e complicações
específicas.

Declaro também que posso desistir da realização do procedimento em qualquer tempo.

Por fim, volto a declarar que estou plenamente satisfeito quanto ao esclarecimento das minhas dúvidas e
questões, o que foi feito em linguagem clara, acessível e precisa pelo cirurgião e sua equipe. Assim
sendo, tendo ouvido e lido as explicações sobre os objetivos, riscos e complicações mais comuns da
Cirurgia da Mão, autorizo expressamente a realização deste procedimento em minha pessoa.

Belo Horizonte, _____.

Assinatura do paciente ou Responsável

Assinatura e carimbo do Médico