



TERMO DE CONSENTIMENTO

Pelo presente termo, Eu, _____
nascido em _____ declaro ter sido informado (a) sobre o procedimento
de _____ a que devo submeter-me conforme considerado
necessário pelo meu médico assistente.

Declaro dar plena autorização ao médico assistente, para fazer as investigações necessárias ao diagnóstico e executar tratamentos, operações, anestésias, transfusões de sangue ou outras condutas médicas que venham de encontro às necessidades clínico-cirúrgicas do caso.

Declaro ter plena consciência de se tratar de um procedimento cirúrgico destinado a melhoria do(s) órgãos(s) ou membros(s) parcialmente ou totalmente ocluídos(s), de procedimento com riscos próprios do mesmo, tais como: insucesso pela impossibilidade de ser realizado o tratamento proposto por problemas inerentes ao paciente.

Declaro que estou ciente dos raros, porém possíveis riscos envolvidos ou consequentes aos(s) procedimentos(s) tais como: reações alérgicas, infecções cirúrgicas, infecções de próteses, hemorragias, anemias, cicatrizes, complicações anestésicas (embolia pulmonar, arritmias cardíacas, choque anafilático, parada cardiorrespiratória e outras), riscos estes em sua maioria minimizados pela perícia médica mas, não necessariamente abolidos, já que podem ser características próprias do paciente.

Declaro plena satisfação quanto ao atendimento de minhas dúvidas e questões, o que me foi feito em linguagem clara, acessível e precisa pelo cirurgião e sua equipe.

Por fim, compreendo que esta é uma opção pessoal e que me foi dada plena liberdade de cancelar este consentimento a qualquer momento antes da cirurgia.

Aceito plenamente o tratamento cirúrgico preconizado, sob a responsabilidade do

Dr. _____ inscrito no CRM N° _____ a
ser realizado na CMH - Medicina Hospitalar Ltda.

Fico ciente que a CMH não se responsabiliza pela eventual evasão do paciente sem alta médica.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2024.

Assinatura do Médico

Assinatura do Paciente ou Responsável
