



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 que informei ao profissional em meu prontuário ou no documento Ficha do Paciente sobre o uso de drogas (orais ou por outra via), alergias, tabagismo, uso de medicamentos como aspirina, remédios para resfriados, vitaminas, narcóticos, suplementos herbáceos, medicamentos para pressão, medicamentos para emagrecimento ou controle do peso (incluindo canetas emagrecedoras e medicamentos da classe dos agonistas do receptor de GLP-1), bem como outras informações pertinentes à minha saúde.

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 20 _____

Assinatura do Médico

Assinatura do Paciente ou Responsável