

CONSENTIMENTO INFORMADO

Este termo esclarece ao cliente todas as possíveis complicações, dando autorização ao médico e permitindo assim a realização dos procedimentos clínicos e cirúrgicos, com o objetivo de um melhor resultado no tratamento.

Eu, _____
_CPF _____

autorizo ao Dr. Isaac Rocha Furtado, médico CRM 5243 e sua equipe a realizar (em) o(s) seguinte(s) tratamento(s) em minha pessoa:

: _____
_____.

: _____
_____.

Autorizo ainda a realização de todos e quaisquer procedimentos clínicos ou cirúrgicos que forem julgados, por ele e ou por sua equipe, como necessários à obtenção de melhores resultados no(s) tratamento(s) clínico(s) ou cirúrgico(s) acima explicado(s), bem como a requisição e aplicação de todos e quaisquer recursos investigativos, laboratoriais e terapêuticos necessários e indispensáveis, a critério do Dr. Isaac Rocha Furtado e ou sua equipe, para a maior segurança e melhores resultados nesse(s) tratamento(s), ou para esclarecimento de eventuais intercorrências ou complicações. Essa autorização se estende a outro(s) médico(s) solicitado(s) pelo Dr. Isaac Rocha Furtado e ou sua equipe, a participar da condução desse(s) tratamento(s) ou investigação(ões).

Para confirmar e reforçar essa autorização, declaro ter recebido, previamente, do Dr. Isaac

Rocha Furtado, todas as informações sobre o(s) tratamento(s) a que serei submetido(a) e que elas foram de minha inteira compreensão. Declaro também Ter sido orientado(a) pessoalmente a respeito de todos os cuidados pré e pós-operatórios que deverão ser seguidos, bem como sobre as complicações e intercorrências que podem acontecer nesse(s) tratamento(s). Entre eles e principalmente, as equimoses (manchas roxas), edemas (inchações), hemorragias (sangramentos), infecções locais ou gerais (septicemias), necrose (morte) de tecidos, deiscências (rupturas) de suturas ou de cicatrizes, assimetrias, irregularidades de superfície, cicatrizes hipertróficas, queloidianas e ou inestéticas, cicatrizes aparentes ou escurecidas, alterações neuro-musculares, problemas vasculares, trombozes, embolias, acidentes anestésicos, reações alérgicas de menor ou maior intensidade (choque anafilático). Demais riscos próprios de qualquer tratamento invasivo, e morte. Estou bem informado(a) e consciente de que o resultado final do tratamento não depende somente do trabalho do médico e de sua equipe, mas também de meus cuidados pessoais e sobretudo das reações imprevisíveis do meu organismo.

Também estou bem informado(a) de que o tabagismo (uso de cigarros, do tabaco em qualquer forma) e de drogas, podem causar complicações locais ou gerais, mais ou menos graves.

Estou bem ciente de que todas as medidas de segurança disponíveis no hospital ou clínica onde for feito meu tratamento, serão tomadas juntamente com todos os recursos técnicos e pessoais do cirurgião e ou de sua equipe, objetivando reduzir ao mínimo possível, tais riscos e outros não especificamente citados acima, bem como a busca do melhor resultado possível para o(s) tratamento(s) proposto(s).

Por ser verdade firmo este documento para todos os fins legais cabíveis.

Fortaleza, _____ de _____ de _____ .

Cliente ou Responsável