**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

|  |
| --- |
| **Procedimento: Cirurgia Oncoplástica Reparadora ou Reconstrutiva** |

|  |
| --- |
| **Identificação do Paciente (“Paciente”)** |
| Nome: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Data de Nascimento: | \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| CPF/ME: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| RG: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Identificação do Responsável (“Responsável”)**: (No caso de Paciente menor de idade, incapacitado do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado): |
| Nome do Responsável: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Endereço: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Telefone: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| CPF/ME: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| RG: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Por este instrumento particular, declaro, para todos os fins de direito que, em especial para fins do disposto nos artigos 6º, III e 39, VI, ambos da Lei 8.078/90 (“Código de Defesa do Consumidor” ou “CDC”), **que, sem qualquer vício de vontade ou consentimento, dá total autorização** ao médico para proceder às investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o Procedimento Cirúrgico designado **Cirurgia Oncoplástica Reparadora ou Reconstrutiva** (o “Procedimento”), a ser realizado no Hospital Orizonti, localizado na Avenida José de Patrocínio Pontes, n° 1355, Bairro Mangabeiras, CEP n° 30.210-090, na Cidade de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais.

Assim sendo, declaro que o Médico, atendendo ao que determinam os artigos 22 e 34 da Resolução CFM no. 1.931/09 (“Código de Ética Médica”) e após a apresentação de métodos médicos alternativos, sugeriu o Procedimento (anteriormente citado), prestando as informações detalhadas sobre o estado de saúde do Paciente, diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizados, em especial as que seguem abaixo:

**DIAGNÓSTICO**:

**DEFINIÇÃO DO PROCEDIMENTO**: A cirurgia proposta é uma cirurgia de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ porte e somente é realizada para pacientes com diagnóstico ATUAL ou PREGRESSO de câncer de mama, pois este tratamento cirúrgico visa o controle locorregional da doença ou correção de sequelas decorrentes da doença.

A cirurgia para o tratamento do câncer de mama quando associada à reconstrução total ou parcial possui um **CARÁTER CORRETIVO**, pois visa melhorar as imperfeições geradas pela cirurgia oncológica indicada ao paciente, que de alguma forma perturbam o seu bem-estar físico e psíquico. Portanto, essa cirurgia **NÃO** é de caráter estético, objetivando corrigir uma alteração orgânica que poderá afetar não só a sua aparência, bem como o aspecto emocional e físico.

**Contraindicações:** Os fatores que impedem a realização da cirurgia são: distúrbios psiquiátricos graves, depressão acentuada, psicose, alcoolismo inveterado e dependência química, as quais declara não ser portador(a). O tabagismo (fumo), obesidade, hipertensão arterial, diabetes, e outras doenças crônicas, não são contraindicações, porém são fatores potencializadores (aumentam a probabilidade e gravidade) dos riscos dos procedimentos cirúrgicos.

**Cicatriz:** Declaro que me foi explicado de forma clara e compreensível que toda cirurgia tem como consequência inevitável à formação de uma cicatriz; o que poderá, apesar de todo cuidado médico, ter resultados desfavoráveis, caracterizados como:

a) cicatriz hipertrófica (grossa);

b) cicatriz hipotrófica (com relevo baixo);

c) cicatriz hipercrômica (escura);

d) cicatriz hipocrômica (clara);

e) cicatriz queloidiana = extremamente grossa e sobrelevada, ultrapassando o limite da incisão (do corte) e invadindo os tecidos vizinhos;

f) outras situações podem causar imperfeições nas posições das cicatrizes, e são causadas por fatores que fogem ao controle dos médicos, pois são resultantes de retrações (encurtamentos característicos das cicatrizes internas e externas que são diferentes de pessoa para pessoa). Também, pelo mecanismo anteriormente descrito, poderão ocorrer formações de ondulações na pele em regiões fora das cicatrizes visíveis, pois há cicatrizes também abaixo da pele, principalmente nas cirurgias em que é empregada a técnica de lipoaspiração, e em cirurgias em que há grandes descolamentos da pele, por exemplo, retalhos musculares do abdome e dorso.

**RISCOS, COMPLICAÇÕES, BENEFÍCIOS:** Como todo procedimento cirúrgico, este não é isento de riscos e complicações. Todo (a) paciente que será submetido (a) à cirurgia para tratamento de CÂNCER DE MAMA ou de suas sequelas, apresenta um risco real para uma ou mais complicações. Portanto, não há garantia de que uma complicação séria ou de menor gravidade não venha a ocorrer em qualquer caso ou situação. As complicações mais frequentes e sérias que podem ocorrer são:

* **Infecção:**  Pode ocorrer invasão de microrganismos através dos cortes das cirurgias levando a resultados desfavoráveis para a cicatrização e comprometimento de outros órgãos como, por exemplo, os pulmões (pneumonias) ou sistêmicas (septicemias – infecções generalizadas).
* **Contaminações:** Pode ocorrer a colonização de bactérias ou fungos nas incisões (cortes), ou nas superfícies de próteses que podem ocasionar a abertura desses cortes, e/ou perda das próteses, determinando a retirada da mesma. E caso isso aconteça, fui informado (a) que deverei esperar um período mínimo de três meses para que se realize nova tentativa de introdução da prótese. Essa contaminação pode acontecer mesmo com todo cuidado de limpeza e esterilização da equipe médica, pois na pele dos (as) pacientes sempre haverá germes que não são passíveis de eliminação total.
* **Ruptura de próteses (implantes de silicone):** As próteses de silicone apesar de serem muito resistentes, por aumento na pressão interna em geral causada por grande compressão, por envelhecimento, fragilidade pre-existente ou mesmo por acidente intra-operatório poderão sofrer ruptura e nestes casos, se faz necessário a substituição deste(s) implantes.
* **Necrose:** morte celular maciça que provoca perda da pele comprometida com aparecimento de **úlcera** (ferida) na pele que após completa cicatrização deixa grande alteração no relevo e na cor, conseqüentemente, o resultado é muito desagradável. Em reconstruções com retalhos miocutâneos, podem ocorrer perdas totais ou parciais dos tecidos utilizados nas reconstruções (retalhos).
* **Fasceíte necrotizante:** é uma grave infecção da pele (causada por estreptococos) que provoca grande destruição dos tecidos, algumas vezes podendo causar amputações, grandes deformações e até a morte.
* **Abscessos:** são coleções de pus nos locais das cirurgias.
* **Inflamação e infecção dos seguintes órgãos:** estômago (gastrite ou úlcera gástrica), esôfago (esofagite com dor no peito queimação etc.), fígado (hepatite), rim (pielonefrite, insuficiência renal, nefrite, infecção urinária), bexiga (cistite), duodeno (duodenite, úlcera duodenal), coração (endocardite, febre reumática), pâncreas (pancreatite aguda), pulmão (pneumonia), etc.
* **Dor:** poderá aparecer no local da ferida cirúrgica, onde há passagem de drenos ou sondas, dos tubos

 venosos, da colocação de eletrodos dos monitores etc.

* **Insuficiência de alguns órgãos:** poderá haver a perda da função de órgãos por motivos diversos apesar de todos os cuidados, tais como: coração, (incluindo infarto do miocárdio e arritmias que podem levar à parada cardíaca), rins (insuficiência renal), pulmões (embolia pulmonar que pode causar morte), cérebro (acidente vascular cerebral), que pode causar déficit motor alteração visual ou na fala e morte).
* **Coágulos das veias:** nos membros inferiores, e pelve (região do quadril), ou de qualquer outro lugar do corpo, podem se formar coágulos e ao se deslocarem ganham a circulação sanguínea e podem atingir aos pulmões, causando dificuldade para respirar ou mesmo a morte. Esses coágulos podem causar edemas ou úlceras, temporárias ou permanentes, nas pernas.
* **Embolia pulmonar gordurosa:** nos procedimentos em que há manipulação de tecidos gordurosos como nos procedimentos de Lipoaspiração e retalhos dermolipocutâneos, pode haver deslocamentos de êmbolos (pequenos fragmentos de gordura) que ganham a circulação sanguínea

e podem causar dificuldade para respirar e morte.

* **Náuseas e vômitos:** podem ocorrer com relativa freqüência após esse tipo de cirurgia.
* **Abaulamentos diversos temporários ou definitivos na região operada provocados por hematomas e seromas:** pode haver formação de bolsas de sangue (hematomas) ou líquidos orgânicos (seromas), que podem ser tratadas com punções ou cirurgias, imediatas ou tardias, ou simplesmente por observação.
* **Deiscências de suturas:** são as aberturas dos cortes suturados (costurados), situações estas que

poderão necessitar de reoperação.

* **Reoperação:** PODE ser necessária e nenhum paciente deve se submeter a esta cirurgia se não estiver preparado para aceitar esta possibilidade. Caso se torne real essa necessidade, pois a cirurgia JAMAIS poderá ser considerada de resultado certo e definitivo, o paciente deve estar pronto e consciente dessa programação. Na maioria das vezes a melhora é apenas parcial e dependente do esforço pessoal e coletivo, bem como da colaboração dos(as) pacientes (exercícios físicos e perda de peso).
* **Retoque:** toda cirurgia corretiva poderá requerer uma nova intervenção cirúrgica para completar o tratamento ou melhorar algum aspecto técnico, pois o retoque em cirurgia corretiva, muitas vezes pertence ao próprio planejamento cirúrgico e muitas vezes é necessária.
* **Internação na unidade de terapia intensiva:** pode ser necessária no pós-operatório ou para realizar

o tratamento de alguma das complicações que venham a ocorrer.

* **Morte:** apesar de todos os conhecimentos atuais da medicina para realização de todo e qualquer

procedimento cirúrgico existe um risco de morte do(a) paciente.

* **Choque anafilático e/ou bronco espasmo severo:** pode haver reação alérgica a gases anestésicos ou quaisquer medicações, que podem levar ao choque e insuficiência respiratória aguda, que mesmo

tratados com todo rigor e técnica, podem causar a morte.

* **Outras:** como em todo e qualquer ato médico há riscos de complicações que não podem ser antecipadamente previstos e alguns até desconhecidos pela Ciência. Caso ocorram quaisquer dessas situações citadas ou outras aqui não descritas, mas detectadas por qualquer pessoa ou profissional da saúde, ou ainda se o(a) paciente apresentar qualquer dúvida ou problema, o(a) mesmo(a) deverá entrar em contato imediato com o médico ou a equipe que realizou a cirurgia e, caso não os encontre ou esteja fora do alcance destes, deverá procurar o pronto-socorro.

Declaro, adicionalmente, que:

1. Tive oportunidade de livremente perguntar todas as dúvidas e que recebi todas as respostas da equipe médica, a qual me esclareceu todas as dúvidas relativas ao Procedimento e as operações a qual serei submetido, exceto em casos emergenciais, onde este termo poderá ser adquirido e inclusive registrado em outros formatos específicos.

2. Entendo que para me submeter ao tratamento cirúrgico proposto, terei que aceitar e seguir as orientações da equipe médica que realizará a cirurgia. Portanto, terei que passar por avaliações e seguir as orientações dos médicos assistentes, bem como do(a) anestesista e de outros que me avaliarem e orientarem.

3. Opto livremente pela realização do Procedimento, ainda que ele apresente os riscos e possíveis complicações apresentados acima, sendo algumas delas, por vezes, imprevisíveis.

4. Declaro que fui orientada(o) que não devo omitir nada em relação a minha saúde e hábitos de vida, e que informei todos os medicamentos que eventualmente esteja utilizando, assim como anteriores ocorrências de reações alérgicas conhecidas.

5. Fui orientado(a) quanto à necessidade de respeitar as instruções que me foram fornecidas pelos profissionais, inclusive quanto à forma de agir diante de imprevistos decorrentes de meu tratamento, bem como fui orientado(a) quanto aos riscos que corro caso não respeite as orientações médicas recomendadas.

6. Assim, declaro também estar ciente de que embora muitos pacientes se beneficiem com essa cirurgia, **NÃO há como garantir qualquer benefício ou cura para a doença atual**, bem como as suas consequências físicas e psíquicas, pois, como em qualquer tratamento médico, a cirurgia poderá não alcançar êxito curativo ou evoluir de forma desfavorável em decorrência de complicações possíveis e não desejadas, sabendo da dinâmica das mudanças de forma e projeção em razão das características próprias das minhas mamas, sendo que nas mamas mais gordurosas e flácidas há uma maior possibilidade de caimento/queda das mesmas com o tempo.

7. Fui informada que o comportamento evolutivo e a dinâmica das mudanças das mamas são influenciadas diretamente pela ação da **Radioterapia**. Isso pode fazer com uma mama irradiada fique mais rígida e que tenha uma evolução diversa da mama oposta que não foi submetida a radioterapia, resultando em assimetrias que podem necessitar de alguma reintervenção corretiva no futuro.

8. Quando é feito mastectomia (retirada da mama) e reconstrução da mama apenas de um lado, frequentemente temos um resultado de simetria que é quase impossível de se alcançar, visto que são cirurgias diferentes nas duas mamas. Portanto, são mamas distintas e que muito provavelmente terão uma assimetria final.

9. Nos casos de utilização do corante Azul Patente com a finalidade de marcação do linfonodo axilar (Biópsia do Linfonodo Sentinela), fui informada de que o seu uso pode acarretar numa pigmentação de tonalidade azulada na pele da mama, a qual pode permanecer durante muito tempo, ou até mesmo de maneira permanente.

10. Nos casos de tratamento cirúrgico conservador do Câncer de Mama (retirada parcial da mama), tem a **necessidade de se colocar clipes metálicos na mama afetada para marcação do sítio tumoral,** permitindo o acompanhamento futuro e também para direcionar a dose de reforço que é feita com a Radioterapia. Dessa forma, sempre que for feito Mamografia posteriormente, esta irá constatar a presença desses clipes metálicos presentes na mama tratada do câncer.

11. Aceito o fato de que os médicos nunca prometeram ou garantiram qualquer espécie de resultado CURATIVO ou ESTÉTICO, muito menos a qualidade, o posicionamento e o tamanho das cicatrizes resultantes do ato operatório. Além do mais, me foi explicado que estes parâmetros não podem ser garantidos ou estipulados no pré-operatório por dependerem de reações do corpo humano e de compensações resultantes da retirada de pele, estando sujeitos a variações individuais e do envelhecimento corporal.

12. Caso aconteça alguma intercorrência, serei avaliado e acompanhado pelo Médico, de tal modo que autorizo a realização de outro procedimento, exame ou tratamento em situações imprevistas que possam ocorrer durante o presente procedimento e que necessitem de cuidados especializados diferentes daqueles inicialmente propostos, mesmo que isso cause prejuízo estético, sendo tal autorização necessária para afastar os riscos prejudiciais à minha saúde e à vida.

13. Para realizar o Procedimento, (i) será necessária a aplicação de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anestesiologista; e que estou ciente também que os riscos, benefícios e alternativas de cada procedimento anestésico, são objeto do Consentimento Livre e Esclarecido específico, [a ser emitido pelo médico anestesiologista] ou [emitido pelo médico anestesiologista e já assinado pelo Paciente ou o seu responsável] e (ii) **PODERÁ SER NECESSÁRIA A INFUSÃO DE SANGUE E SEUS COMPONENTES (TRANSFUSÃO DE SANGUE) NO PACIENTE**. A transfusão de sangue e hemocomponentes é o procedimento pelo qual ocorre a transferência de certa quantidade de sangue ou de alguns de seus componentes (concentrado de hemácias, plasma fresco, plaquetas ou criopreciptado, etc), de um indivíduo-doador para o paciente-receptor. Apesar dos hemocomponentes serem preparados e testados de acordo com normas rígidas estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), complementadas por normas internacionais de transfusão, existe a possibilidade de ocorrem reações adversas à transfusão. As reações poderão ser leves ou graves, imediatas ou tardias, apresentando sintomas como náuseas, febre, sudorese, calafrios, ou ainda dispneia e serem classificadas como reações alérgicas, reações febris não hemolítica, hemolítica aguda, lesão pulmonar aguada associada à transfusão, hipotensão, sobrecarga volêmica, contaminação bacteriana, doenças infecciosas, dentre outras. Mesmo com a observância e realização de todos os exames sorológicos previsto em lei para garantir a segurança transfusional, existe o risco de a transfusão transmitir doenças infecciosas (tais como hepatite B e C, HIV, Chagas, Sífilis).

14. Para a realização do procedimento será necessário realizar o posicionamento cirúrgico específico e em alguns casos a utilização de fixadores que são de extrema para que o cirurgião consiga realizar a técnica cirúrgica. Devido à impossibilidade de mobilização do paciente e a utilização de fixadores, durante o procedimento podem ocorrer lesões/hematomas nas superfícies corpóreas que ficarem sobre pressão. Com objetivo de minimizar os riscos de lesão a Instituição realiza a proteção de proeminências ósseas, disponibiliza colchonetes com densidades apropriadas dentre outros dispositivos, e quando possível a mobilização corpórea.

15. Decorrente da manipulação cirúrgica de órgãos e tecidos após o procedimento o paciente poderá apresentar incômodos dolorosos, caso necessário, após avaliação clínica e desejo do paciente poderá ser administrados fármacos para controle álgico.

16. Declaro ainda que estou de acordo e AUTORIZO a obtenção de fotografias corporais e das mamas, antes do procedimento proposto, bem como posteriormente para fins de comparação quando necessários. Estou consciente de que eventualmente poderão ser obtidas imagens do procedimento cirúrgico para finalidades de pesquisa e/ou didáticas.

17. Autorizo que qualquer tecido seja removido cirurgicamente e que seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.

18. Eu **ACEITO** que, considerando a utilização de Implantes Mamários (Próteses), a possibilidade de endurecimento das mesmas (contraturas) pode ocorrer, bem como mudanças na forma, dor localizada e perda de sensibilidade, ruptura dos implantes, além de reações do meu organismo ao Implante. Esses efeitos podem resultar na necessidade de novas intervenções cirúrgicas corretivas ou mesmo na necessidade de remoção e perda do(s) mesmo(s). Recentemente surgiram algumas publicações científicas associando Implantes Mamários e o desenvolvimento de um tipo raro de câncer (Linfoma Anaplásico). No entanto, essa é uma associação extremamente rara e que não nos permite estabelecer uma relação causal entre Próteses e esse tipo de câncer. Independente disso, qualquer anormalidade percebida nas mamas deve ser IMEDIATAMENTE informada ao seu médico responsável, a fim de que seja investigado e esclarecido a alteração detectada.

19. Estou consciente de que posso experimentar limitações na realização das minhas atividades corriqueiras por um período indefinido, podendo inclusive ser necessário o auxílio de atividades de reabilitação funcional - FISIOTERAPIA.

20. Excepcionalmente a cirurgia poderá ser suspensa, antes ou durante a minha internação, caso alterações clínicas ou situações burocráticas imprevistas assim determinem.

21. Autorizo a divulgação das informações médicas contidas em meu prontuário, exclusivamente para finalidade científica da Instituição, desde que minha identidade permaneça anônima.

**22. Autorizo a realização de filmagens/fotografias e, caso necessário, a veiculação das referidas imagens para fins científicos. Estou ciente também, que tais procedimentos serão realizados por profissionais indicados pelo(a) meu(minha) médico(a)/cirurgião(ã), sem qualquer ônus financeiro, presente ou futuro, assegurando o pleno sigilo de minha identidade.**

Certifico que li este termo, o que foi explicado pra mim, pelo Médico e sua equipe, inclusive quanto à possibilidade de sua revogação, de forma clara, objetiva e em linguagem compreensível ao leigo em medicina e que compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido. Tive a oportunidade de fazer perguntas, as quais me foram respondidas de forma igualmente compreensível, não restando assim nenhuma dúvida adicional

Pleno deste entendimento, **autorizo a realização do Procedimento proposto e dos demais procedimentos aqui estabelecidos**.

Belo Horizonte, MG, [\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_][\_\_:\_\_]

|  |
| --- |
| **Assinatura do Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome Completo Legível: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| (No caso de Paciente menor de idade, incapacitado do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado)**Assinatura do Responsável Legal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome Completo Legível: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

Confirmo que expliquei detalhadamente ao(à) Paciente ou ao(à) Responsável, o propósito, os riscos, os benefícios, os prognósticos e as alternativas para o(s) Procedimento acima descrito.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assinatura do Médico Assistente e carimbo**