

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) paciente \_\_\_\_\_, ou seu responsável

\_\_\_\_\_, **declara**, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei, 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico (a) assistente, o Dr.(a) \_\_\_\_\_, inscrito no CRM/PR sob o

n.º \_\_\_\_\_ ou outro \_\_\_\_\_ credenciado pelo **Hospital Nossa Senhora do Pilar**, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como a realizar o seguinte procedimento: **FRATURAS DO TERÇO MÉDIO E SUPERIOR DA FACE (FRONTO- ÓRBITO-NASO-ETMOIDAL)**, e todos o que incluem, inclusive anestésias, transfusões de sangue ou outras condutas médicas que venham ao encontro das necessidades clínico, podendo o referido profissional valer-se do auxílio dos outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o(a) referido(a) médico(a), atendendo ao disposto nos artigos 31 e 34 do Código de Ética Médica e no artigo 9º da Lei 8.078/90 e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico de **FRATURAS DO TERÇO MÉDIO E SUPERIOR DA FACE (FRONTO-ÓRBITO-NASO-ETMOIDAL)** antes apontado, apresentando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento proposto para ser autorizado.

**DEFINIÇÃO:** consistem na perda de continuidade traumática de múltiplos ossos formadores da parte média e superior da face. Geralmente devido à alta energia do trauma, envolve também lesão de estruturas não ósseas (cavidade nasal, seios paranasais, conteúdo orbitário, nervos da olfação, vias lacrimais, pele, dentes).

O acesso cirúrgico (incisão cirúrgica) comumente envolve incisões por dentro da boca e por fora da boca (incisões na pele da face).

Poderá ser necessário amarrar os dentes (fixação intermaxilar mandibular) e manter a boca fechada por períodos variados de tempo.

### **COMPLICAÇÕES:**

1. Enoftalmia: recuo do globo ocular para dentro da órbita.
2. Exoftalmia: protusão ou avanço do globo ocular para fora da órbita.
3. Limitação dos movimentos do globo ocular: temporária ou definitiva.
4. Diplopia ou visão dupla: temporária ou definitiva.
5. Perda parcial ou total da visão (cegueira)
6. Hemorragia conjuntival: sangramento na mucosa que envolve o olho.
7. Assimetria ou deformidade facial em diferentes graus, dependendo da severidade da fratura.
8. Ectrópio: rotação externa da pálpebra (pálpebra virada para fora).
9. Entrópio: rotação interna da pálpebra (pálpebra virada para fora).
10. Formação de cicatriz inestética ou quelóide na face.
11. Dificuldade temporária ou definitiva em abrir e fechar a boca.
12. Exposição e/ou extrusão de próteses inseridas durante a cirurgia, podendo ser necessária nova cirurgia para retirada ou correção.
13. Perda da sensibilidade de parte da face, podendo ser temporária ou definitiva
14. Disocclusão dentária; (ou desalinhamento no fechamento ou encaixe correto dos dentes da arcada superior com inferior)
15. Dor crônica na face.
16. Anosmia; (perda da olfação).
17. Obstrução nasal temporária ou definitiva em diferentes graus.
18. Fístula líquórica
19. Lacrimejamento crônico
20. Necrose ou perda de dentes.

**INFECÇÃO HOSPITALAR:** A portaria n.º. 2.616, de 12/05/1998 do Ministério da Saúde estabeleceu as normas do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), obrigando os hospitais a constituir a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar). Os índices de infecção hospitalar aceitos são estabelecidos, usando-se como parâmetro o NNIS (*Nacional Nosocomial Infection Surveillance* – Vigilância Nosocomial de Infecção), órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceitos e que são:

1. **Cirurgias limpas** – 2% (são aquelas que não apresentam processo infeccioso e inflamatório local e durante a cirurgia, não ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);

2. **Cirurgias potencialmente contaminadas** – 10% (são aquelas que necessitam drenagem aberta e ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);
3. **Cirurgias contaminadas** – 20% (são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizadas e abertas, colonizadas por flora bacteriana abundante de difícil ou impossível descontaminação, sem supuração local). Presença de inflamação aguda na incisão cirúrgica e grande contaminação a partir da tubo digestivo. Inclui obstrução biliar e urinária.
4. **Cirurgias infectadas** – 40% são aquelas realizadas na presença do processo infeccioso (supuração local) e/ou tecido necrótico.

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi os termos médicos e concordo com os termos deste documento, e que me foi dada à oportunidade de fazer perguntas e esclarecer eventuais dúvidas, ficando claro para mim quais são os propósitos dos procedimentos o qual estarei submetido, seus desconfortos e riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis decorrentes. Entendi e concordo voluntariamente o que é necessário eu fazer para que a **FRATURAS DO TERÇO MÉDIO E SUPERIOR DA FACE (FRONTO-ÓRBITO-NASO-ETMOIDAL)** tenha o resultado pretendido.

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e o resultado do tratamento podem obrigar o (a) médico (a), a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento em meu benefício.

O(A) médico(a) explicou que em algumas circunstâncias as cirurgias podem gerar fatos bastante complicados, independente da perícia, prudência ou vontade do médico. Fui informado e compreendi que a prática médica/cirúrgica não é uma ciência exata; e não podem ser dadas quaisquer garantias, nem certezas quanto ao tratamento ou cirurgia.

Declaro que nada omiti em relação a minha saúde e que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica ou fique na guarda pessoal do(a) meu médico(a), ficando autorizado a utilizá-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal utilização implique em qualquer tipo de ofensa. Fica autorizado ao acesso a minha ficha clínica, que por ventura exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica ou consultório inclusive, a solicitar, segunda vias de exames laboratoriais, cardiológicos, RX e demais por ventura existentes.

**Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do mesmo, expressando que as informações foram prestadas de viva voz pelo(a) médico(a), tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas.**

**Fica também estabelecido que diante o procedimento, o paciente e/ou representante legal pode revogar este consentimento a qualquer momento de maneira formal.**

Para que produza os efeitos legais assino o presente termo, recebendo cópia.

Curitiba (PR), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

<b>Deve ser preenchido pelo médico assistente</b>	
<p>Expliquei todo o procedimento exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.</p>	
Nome do médico _____	Assinatura _____ CRM _____

<b>CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS</b>	
Assinatura do(a) paciente _____	Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente _____
RG Nº _____	RG Nº _____
NOME _____	NOME _____

**Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Lei 8078/90 - Art.9º.** O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou a segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

**Código de Ética Médica: Art. 22º** Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. **Art. 24º** Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo. **Art. 31º.** Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte. **Art. 34º.** Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, neste caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

**OBS: Obrigatório rubricar todas as vias.**

**1ª via do Paciente**

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O (A) paciente \_\_\_\_\_, ou seu responsável

\_\_\_\_\_, **declara**, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei, 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico (a) assistente, o Dr.(a) \_\_\_\_\_, inscrito no CRM/PR sob o

n.º \_\_\_\_\_ ou outro \_\_\_\_\_ credenciado pelo **Hospital Nossa Senhora do Pilar**, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como a realizar o seguinte procedimento: **FRATURAS DO TERÇO MÉDIO E SUPERIOR DA FACE (FRONTO- ÓRBITO-NASO-ETMOIDAL)**, e todos o que incluem, inclusive anestésias, transfusões de sangue ou outras condutas médicas que venham ao encontro das necessidades clínico, podendo o referido profissional valer-se do auxílio dos outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o(a) referido(a) médico(a), atendendo ao disposto nos artigos 31 e 34 do Código de Ética Médica e no artigo 9º da Lei 8.078/90 e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico de **FRATURAS DO TERÇO MÉDIO E SUPERIOR DA FACE (FRONTO-ÓRBITO-NASO-ETMOIDAL)** antes apontado, apresentando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento proposto para ser autorizado.

**DEFINIÇÃO:** consistem na perda de continuidade traumática de múltiplos ossos formadores da parte média e superior da face. Geralmente devido à alta energia do trauma, envolve também lesão de estruturas não ósseas (cavidade nasal, seios paranasais, conteúdo orbitário, nervos da olfação, vias lacrimais, pele, dentes). O acesso cirúrgico (incisão cirúrgica) comumente envolve incisões por dentro da boca e por fora da boca (incisões na pele da face).

Poderá ser necessário amarrar os dentes (fixação intermaxilar mandibular) e manter a boca fechada por períodos variados de tempo.

### **COMPLICAÇÕES:**

1. Enoftalmia: recuo do globo ocular para dentro da órbita.
2. Exoftalmia: protusão ou avanço do globo ocular para fora da órbita.
3. Limitação dos movimentos do globo ocular: temporária ou definitiva.
4. Diplopia ou visão dupla: temporária ou definitiva.
5. Perda parcial ou total da visão (cegueira)
6. Hemorragia conjuntival: sangramento na mucosa que envolve o olho.
7. Assimetria ou deformidade facial em diferentes graus, dependendo da severidade da fratura.
8. Ectrópio: rotação externa da pálpebra (pálpebra virada para fora).
9. Entropião: rotação interna da pálpebra (pálpebra virada para fora).
10. Formação de cicatriz inestética ou quelóide na face.
11. Dificuldade temporária ou definitiva em abrir e fechar a boca.
12. Exposição e/ou extrusão de próteses inseridas durante a cirurgia, podendo ser necessária nova cirurgia para retirada ou correção.
13. Perda da sensibilidade de parte da face, podendo ser temporária ou definitiva
14. Disocclusão dentária; (ou desalinhamento no fechamento ou encaixe correto dos dentes da arcada superior com inferior)
15. Dor crônica na face.
16. Anosmia; (perda da olfação).
17. Obstrução nasal temporária ou definitiva em diferentes graus.
18. Fístula líquórica
19. Lacrimejamento crônico
20. Necrose ou perda de dentes.

**INFECÇÃO HOSPITALAR:** A portaria nº. 2.616, de 12/05/1998 do Ministério da Saúde estabeleceu as normas do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), obrigando os hospitais a constituir a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar). Os índices de infecção hospitalar aceitos são estabelecidos, usando-se como parâmetro o NNIS (*Nacional Nosocomial Infection Surveillance* – Vigilância Nosocomial de Infecção), órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceitos e que são:

1. **Cirurgias limpas** – 2% (são aquelas que não apresentam processo infeccioso e inflamatório local e durante a cirurgia, não ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);

2. **Cirurgias potencialmente contaminadas** – 10% (são aquelas que necessitam drenagem aberta e ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);
3. **Cirurgias contaminadas** – 20% (são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizadas e abertas, colonizadas por flora bacteriana abundante de difícil ou impossível descontaminação, sem supuração local). Presença de inflamação aguda na incisão cirúrgica e grande contaminação a partir da tubo digestivo. Inclui obstrução biliar e urinária.
4. **Cirurgias infectadas** – 40% são aquelas realizadas na presença do processo infeccioso (supuração local) e/ou tecido necrótico.

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi os termos médicos e concordo com os termos deste documento, e que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas e esclarecer eventuais dúvidas, ficando claro para mim quais são os propósitos dos procedimentos o qual estarei submetido, seus desconfortos e riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis decorrentes. Entendi e concordo voluntariamente o que é necessário eu fazer para que a **FRATURAS DO TERÇO MÉDIO E SUPERIOR DA FACE (FRONTO-ÓRBITO-NASO-ETMOIDAL)** tenha o resultado pretendido.

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e o resultado do tratamento podem obrigar o (a) médico (a), a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento em meu benefício.

O(A) médico(a) explicou que em algumas circunstâncias as cirurgias podem gerar fatos bastante complicados, independente da perícia, prudência ou vontade do médico. Fui informado e compreendi que a prática médica/cirúrgica não é uma ciência exata; e não podem ser dadas quaisquer garantias, nem certezas quanto ao tratamento ou cirurgia.

Declaro que nada omiti em relação a minha saúde e que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica ou fique na guarda pessoal do(a) meu médico(a), ficando autorizado a utilizá-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal utilização implique em qualquer tipo de ofensa. Fica autorizado ao acesso a minha ficha clínica, que por ventura exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica ou consultório inclusive, a solicitar, segunda vias de exames laboratoriais, cardiológicos, RX e demais por ventura existentes.

**Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do mesmo, expressando que as informações foram prestadas de viva voz pelo(a) médico(a), tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas.**

**Fica também estabelecido que diante o procedimento, o paciente e/ou representante legal pode revogar este consentimento a qualquer momento de maneira formal.**

Para que produza os efeitos legais assino o presente termo, recebendo cópia.

Curitiba (PR), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

<b>Deve ser preenchido pelo médico assistente</b>	
<p>Expliquei todo o procedimento exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.</p>	
Nome do médico _____	Assinatura _____ CRM _____

<b>CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS</b>	
Assinatura do(a) paciente _____	Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente _____
RG Nº _____	RG Nº _____
NOME _____	NOME _____

**Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Lei 8078/90 - Art.9º.** O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou a segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

**Código de Ética Médica: Art. 22º** Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. **Art. 24º** Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo. **Art. 31º.** Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte. **Art. 34º.** Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, neste caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

**OBS: Obrigatório rubricar todas as vias.**

**2ª via do Médico**

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O (A) paciente \_\_\_\_\_, ou seu responsável

\_\_\_\_\_, **declara**, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei, 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico (a) assistente, o Dr.(a) \_\_\_\_\_, inscrito no CRM/PR sob o

n.º \_\_\_\_\_ ou outro \_\_\_\_\_ credenciado pelo **Hospital Nossa Senhora do Pilar**, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como a realizar o seguinte procedimento: **FRATURAS DO TERÇO MÉDIO E SUPERIOR DA FACE (FRONTO- ÓRBITO-NASO-ETMOIDAL)**, e todos o que incluem, inclusive anestésias, transfusões de sangue ou outras condutas médicas que venham ao encontro das necessidades clínico, podendo o referido profissional valer-se do auxílio dos outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o(a) referido(a) médico(a), atendendo ao disposto nos artigos 31 e 34 do Código de Ética Médica e no artigo 9º da Lei 8.078/90 e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico de **FRATURAS DO TERÇO MÉDIO E SUPERIOR DA FACE (FRONTO-ÓRBITO-NASO-ETMOIDAL)** antes apontado, apresentando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento proposto para ser autorizado.

**DEFINIÇÃO:** consistem na perda de continuidade traumática de múltiplos ossos formadores da parte média e superior da face. Geralmente devido à alta energia do trauma, envolve também lesão de estruturas não ósseas (cavidade nasal, seios paranasais, conteúdo orbitário, nervos da olfação, vias lacrimais, pele, dentes). O acesso cirúrgico (incisão cirúrgica) comumente envolve incisões por dentro da boca e por fora da boca (incisões na pele da face).

Poderá ser necessário amarrar os dentes (fixação intermaxilar mandibular) e manter a boca fechada por períodos variados de tempo.

### **COMPLICAÇÕES:**

1. Enoftalmia: recuo do globo ocular para dentro da órbita.
2. Exoftalmia: protusão ou avanço do globo ocular para fora da órbita.
3. Limitação dos movimentos do globo ocular: temporária ou definitiva.
4. Diplopia ou visão dupla: temporária ou definitiva.
5. Perda parcial ou total da visão (cegueira)
6. Hemorragia conjuntival: sangramento na mucosa que envolve o olho.
7. Assimetria ou deformidade facial em diferentes graus, dependendo da severidade da fratura.
8. Ectrópio: rotação externa da pálpebra (pálpebra virada para fora).
9. Entrópio: rotação interna da pálpebra (pálpebra virada para fora).
10. Formação de cicatriz inestética ou quelóide na face.
11. Dificuldade temporária ou definitiva em abrir e fechar a boca.
12. Exposição e/ou extrusão de próteses inseridas durante a cirurgia, podendo ser necessária nova cirurgia para retirada ou correção.
13. Perda da sensibilidade de parte da face, podendo ser temporária ou definitiva
14. Disocclusão dentária; (ou desalinhamento no fechamento ou encaixe correto dos dentes da arcada superior com inferior)
15. Dor crônica na face.
16. Anosmia; (perda da olfação).
17. Obstrução nasal temporária ou definitiva em diferentes graus.
18. Fístula líquórica
19. Lacrimejamento crônico
20. Necrose ou perda de dentes.

**INFECÇÃO HOSPITALAR:** A portaria n.º. 2.616, de 12/05/1998 do Ministério da Saúde estabeleceu as normas do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), obrigando os hospitais a constituir a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar). Os índices de infecção hospitalar aceitos são estabelecidos, usando-se como parâmetro o NNIS (*Nacional Nosocomial Infection Surveillance* – Vigilância Nosocomial de Infecção), órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceitos e que são:

1. **Cirurgias limpas** – 2% (são aquelas que não apresentam processo infeccioso e inflamatório local e durante a cirurgia, não ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);

2. **Cirurgias potencialmente contaminadas** – 10% (são aquelas que necessitam drenagem aberta e ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);
3. **Cirurgias contaminadas** – 20% (são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizadas e abertas, colonizadas por flora bacteriana abundante de difícil ou impossível descontaminação, sem supuração local). Presença de inflamação aguda na incisão cirúrgica e grande contaminação a partir da tubo digestivo. Inclui obstrução biliar e urinária.
4. **Cirurgias infectadas** – 40% são aquelas realizadas na presença do processo infeccioso (supuração local) e/ou tecido necrótico.

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi os termos médicos e concordo com os termos deste documento, e que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas e esclarecer eventuais dúvidas, ficando claro para mim quais são os propósitos dos procedimentos o qual estarei submetido, seus desconfortos e riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis decorrentes. Entendi e concordo voluntariamente o que é necessário eu fazer para que a **FRATURAS DO TERÇO MÉDIO E SUPERIOR DA FACE (FRONTO-ÓRBITO-NASO-ETMOIDAL)** tenha o resultado pretendido.

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e o resultado do tratamento podem obrigar o (a) médico (a), a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento em meu benefício.

O(A) médico(a) explicou que em algumas circunstâncias as cirurgias podem gerar fatos bastante complicados, independente da perícia, prudência ou vontade do médico. Fui informado e compreendi que a prática médica/cirúrgica não é uma ciência exata; e não podem ser dadas quaisquer garantias, nem certezas quanto ao tratamento ou cirurgia.

Declaro que nada omiti em relação a minha saúde e que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica ou fique na guarda pessoal do(a) meu médico(a), ficando autorizado a utilizá-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal utilização implique em qualquer tipo de ofensa. Fica autorizado ao acesso a minha ficha clínica, que por ventura exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica ou consultório inclusive, a solicitar, segunda vias de exames laboratoriais, cardiológicos, RX e demais por ventura existentes.

**Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do mesmo, expressando que as informações foram prestadas de viva voz pelo(a) médico(a), tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas.**

**Fica também estabelecido que diante o procedimento, o paciente e/ou representante legal pode revogar este consentimento a qualquer momento de maneira formal.**

Para que produza os efeitos legais assino o presente termo, recebendo cópia.

Curitiba (PR), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

<b>Deve ser preenchido pelo médico assistente</b>	
<p>Expliquei todo o procedimento exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.</p>	
Nome do médico _____	Assinatura _____ CRM _____

<b>CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS</b>	
Assinatura do(a) paciente _____	Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente _____
RG Nº _____	RG Nº _____
NOME _____	NOME _____

**Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Lei 8078/90 - Art.9º.** O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou a segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

**Código de Ética Médica: Art. 22º** Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. **Art. 24º** Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo. **Art. 31º.** Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte. **Art. 34º.** Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, neste caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

**OBS: Obrigatório rubricar todas as vias.**

**3ª via do Hospital**