



Dr. Ernesto Comelli
Cirurgia Minimamente Invasiva | CRM-PR 26874

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO DO PACIENTE

- Este documento tem por finalidade esclarecer e ajudar o paciente ou seu responsável na decisão de submeter-se ou não, ao tratamento/procedimento ora referenciado, bem como cumprir o disposto no artigo 22 e 34 do Código de Ética Médica e artigos 6º, inciso III, 9º e 39 da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor). **Portanto, leia com atenção e somente assine o presente termo de consentimento e autorização se estiver seguro que compreendeu e esclareceu todas as suas dúvidas relativas ao mesmo.**

Castro, _____ de _____ de 20_____.

Considerando o artigo 34 do Código de Ética Médica (Resolução CFM 1931/2009) e os artigos 6º III e 39 VI da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), que garantem ao paciente informações sobre seu estado de saúde, eu _____ documento de identidade e/ou CPF nº _____ estando em pleno gozo de minhas faculdades mentais, declaro para os devidos fins que fui previamente informado(a) pelo Dr. Ernesto Comelli Junior CRM 26.874PR, sobre a finalidade, os benefícios e os riscos do tratamento cirúrgico proposto e **AUTORIZO** a realização do(s) seguinte(s) procedimento(s) _____.

Pelo presente instrumento, Declaro que fui suficientemente esclarecido pelo médico supracitado, a respeito do(s) procedimento(s) acima indicados a que vou submeter-me, ou a que será submetido o paciente sob minha responsabilidade, bem como, diagnóstico, prognóstico, objetivos do tratamento e riscos, como sangramentos, infecções e outras complicações adversas mais raras e complexas. Tive a oportunidade de realizar perguntas, as quais foram respondidas satisfatoriamente, em linguagem compreensível, permitindo meu adequado entendimento.

Da mesma forma, fui informado (a) que existem complicações associadas à anestesia proposta para minha cirurgia, como reações alérgicas, pouco ou muito graves, aos demais medicamentos a serem utilizados, porém, concordo e autorizo meu médico a suspender minha operação em caso de intercorrência (fato adverso) por ocasião da aplicação do anestésico, implique em aumento do risco cirúrgico.

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

Finalmente, declaro ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns riscos e complicações deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Assinatura paciente e/ou responsável

Nome legível: _____

RG/CPF: _____

Grau de Parentesco: _____

Assinatura do Médico Assistente

Nome legível: _____

CRM: _____

UF: _____