

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### CIRURGIA: MAMAPLASTIA REDUTORA

Todo paciente tem direito à informação detalhada, clara e objetiva sobre o procedimento médico-cirúrgico que será submetido. É dever do médico esclarecer exhaustivamente os limites, riscos e desconfortos inerentes a cada procedimento médico proposto antes da assinatura deste termo. Código de Defesa do Consumidor (Lei 8.078/90): artigo 6º, III; Código de Ética Médica: art 46, 56 e 59; Constituição Federal/88: art.5º, XIV e XXXII.

Eu, \_\_\_\_\_ RG nº \_\_\_\_\_ solicito e autorizo o Dr. Pedro Leonardo Sanches Faveret, CRM-RJ 52.64246-0, especialista e membro da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, a realizar o procedimento cirúrgico de mamoplastia redutora baseado no diagnóstico de hipertrofia (aumento) e ptose (queda) das mamas. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo a transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos. Admito também terem sido feitas as seguintes considerações:

1. Em relação à saúde global do paciente - Toda cirurgia envolve algum tipo de risco à saúde. Este risco varia conforme o tipo de cirurgia, as condições clínicas pré-cirúrgicas do paciente, características fisiológicas individuais, pré-disposições hereditárias, o tempo de duração da cirurgia e o tipo de anestesia realizada. A decisão voluntária de submeter-se à cirurgia foi feita considerando a possibilidade, ainda que remota, de ocorrerem complicações leves, moderadas ou graves, podendo causar prejuízo transitório ou permanente à saúde do paciente.
2. Em relação às mamas – as complicações relacionadas à esta cirurgia são: sangramento, hematoma (acúmulo de sangue), seroma (acúmulo de líquidos), infecção (saída de pus), deiscência (abertura dos pontos e/ou da cicatriz), cicatrização demorada, de má qualidade (quelóide), assimetria entre as mamas, alterações de sensibilidade na pele e/ou aréola, necrose (morte) da aréola.
3. Que o tratamento completo envolve orientações pré e pós-operatórias que me foram entregues por escrito e que devem ser cumpridas integralmente, por um período mínimo que varia de 3 (três) a 6 (seis) meses após a cirurgia, sob o risco de interferir no resultado final. Após concluído este tratamento, existe a possibilidade ainda de insatisfação com o resultado, podendo ser necessária(s) outra(s) cirurgia(s) até que a satisfação pessoal do paciente seja alcançada.
4. Que caso haja necessidade de cirurgia complementar, para melhorar o resultado obtido ou corrigir um eventual insucesso ou complicação, está claro que os custos de materiais hospitalares e anestésicos são de minha responsabilidade, mesmo que o cirurgião e sua equipe optem por não estabelecer honorários.
5. Que a médio/longo prazo, ocorrem alterações subseqüentes nas mamas devido ao processo natural de envelhecimento, à gestação, à amamentação, à perda ou ganho de peso, à força da gravidade e a demais fatores normais do cotidiano. Outra(s) cirurgia(s) e/ou outro(s) tratamento(s) pode(m) ser necessário(s) para a manutenção dos resultados.

Declaro que, após a leitura consciente e detalhada, compreendi o conteúdo deste documento, tendo sido esclarecidas todas as dúvidas sobre o procedimento em questão e que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas e, quando as fiz, obtive respostas de maneira adequada e satisfatória. Declaro, portanto, estar bem informado (a) tanto do procedimento cirúrgico quanto do anestésico e dos riscos e cuidados inerentes à eles.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(Paciente) ou (Responsável/Representante legal)

\_\_\_\_\_  
Testemunha