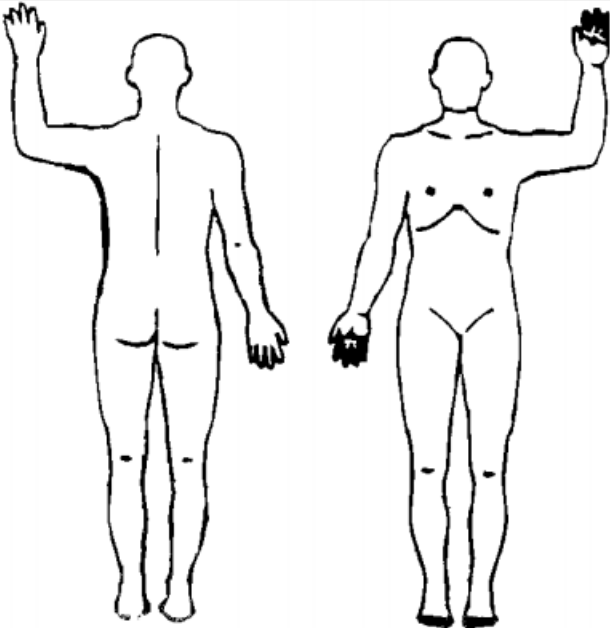


TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE CIRURGIA DE EXÉRESE DE PEQUENOS TUMORES DE PELE E MUCOSAS

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____ e CPF nº _____, nascido(a) em _____, na condição de paciente e/ou responsável legal pelo(a) paciente _____, autorizo e consinto, de forma **livre, informada e voluntária**, o(a) Dr(a). _____, CRM nº _____, seus assistentes e todos os demais profissionais vinculados à assistência, credenciados ao Hospital Ana Nery, a proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado **“EXÉRESE DE PEQUENOS TUMORES DE PELE E MUCOSAS”**, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer.

| DEMARCAÇÃO DE LATERALIDADE | |
|--|---|
| CIRURGIA DO MEMBRO: | |
| LADO DIREITO | LADO ESQUERDO |
| <input type="checkbox"/> Olho direito | <input type="checkbox"/> Olho esquerdo |
| <input type="checkbox"/> Orelha direita | <input type="checkbox"/> Orelha esquerda |
| <input type="checkbox"/> Pulmão direito | <input type="checkbox"/> Pulmão esquerdo |
| <input type="checkbox"/> Ombro direito | <input type="checkbox"/> Ombro esquerdo |
| <input type="checkbox"/> Braço direito | <input type="checkbox"/> Braço esquerdo |
| <input type="checkbox"/> Antebraço dir. | <input type="checkbox"/> Antebraço esquerdo |
| <input type="checkbox"/> Mão direita Se Dedo, qual: | <input type="checkbox"/> Mão esquerda Se Dedo, qual: |
| <input type="checkbox"/> Mama direita | <input type="checkbox"/> Mama esquerda |
| <input type="checkbox"/> Rim direito | <input type="checkbox"/> Rim esquerdo |
| <input type="checkbox"/> Glúteo direito | <input type="checkbox"/> Glúteo esquerdo |
| <input type="checkbox"/> Coxa direita | <input type="checkbox"/> Coxa esquerda |
| <input type="checkbox"/> Perna direita | <input type="checkbox"/> Perna esquerda |
| <input type="checkbox"/> Joelho direito | <input type="checkbox"/> Joelho esquerdo |
| <input type="checkbox"/> Pé direito Se Dedo, qual: | <input type="checkbox"/> Pé esquerdo Se Dedo, qual: |
| <input type="checkbox"/> Outros: | |



Declaro, ainda, que:

1. **Estou em plenas faculdades mentais, lúcido(a) e plenamente capaz de compreender as informações aqui contidas.**
2. Fui informado(a), de forma clara e compreensível, sobre a natureza do procedimento, seus objetivos, benefícios esperados, alternativas possíveis, riscos e complicações inerentes, e também sobre as consequências da não realização do tratamento proposto. Tive oportunidade de esclarecer dúvidas e recebi respostas completas e satisfatórias da equipe médica.
3. Fui informado(a) de que cada organismo pode reagir de forma diferente ao procedimento e à anestesia, podendo ocorrer efeitos leves e transitórios, bem como complicações mais significativas, tais como: Sangramentos; Formação de hematomas (acúmulo de sangue); Formação de equimoses (manchas roxas); Deiscência da sutura (soltam-se os pontos); Necessidade de nova cirurgia nos casos em que o exame anátomo-patológico mostrar invasão na borda cirúrgica; Possibilidade de cicatrizes com formação de queloides (cicatriz hipertrófica-grosseira).

4. Estou ciente de que, apesar de todas as medidas de segurança e prevenção adotadas pelo hospital e pela equipe médica, o risco de infecção não pode ser totalmente eliminado, sendo inerente a qualquer procedimento cirúrgico.
5. Compreendo que, durante o procedimento, podem ser identificadas situações não diagnosticadas previamente, bem como intercorrências imprevisíveis, cabendo à equipe médica adotar as medidas necessárias conforme seu julgamento técnico, com o objetivo de preservar minha saúde e segurança.
6. Estou ciente que o Hospital se resguarda no direito de **não coletar o consentimento dos pais ou responsáveis legais em caso de emergência**, prevalecendo o dever de socorro e o direito à vida do paciente sobre regras de consentimento e proteção de dados pessoais vigentes à época da ocorrência.
7. Declaro estar ciente de que **o tratamento adotado não garante a cura da enfermidade e que, diante da evolução do quadro clínico**, o médico poderá modificar as condutas inicialmente propostas, ficando desde já autorizado a adotar as providências que entender adequadas para a solução de eventuais complicações, conforme seu melhor critério profissional.
8. Fui informado(a) de que este consentimento é livre e **pode ser revogado a qualquer momento**, mediante manifestação expressa e por escrito, ciente de que a revogação poderá implicar na suspensão do tratamento e em possíveis consequências clínicas decorrentes dessa decisão.
9. Declaro que li este termo, **compreendi plenamente seu conteúdo** e estou de acordo com a realização do tratamento descrito.

Assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Santa Cruz do Sul, ____/____/____

Assinatura (paciente e/ou responsável)

Assinatura Médico