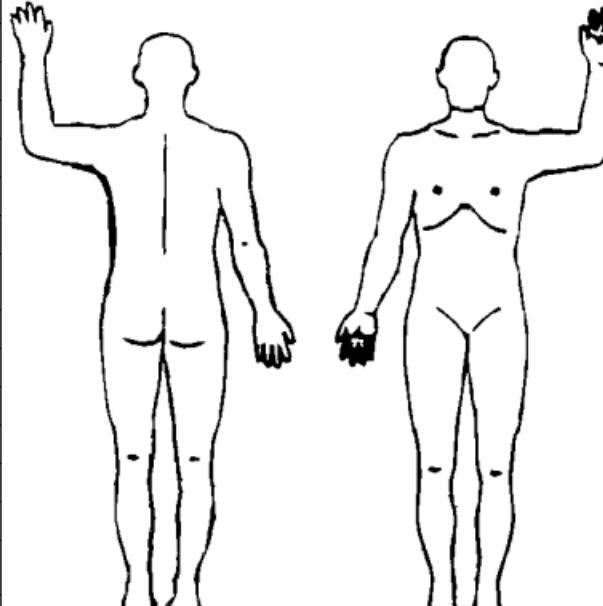


Eu, _____, portador(a) do RG nº _____ e CPF nº _____, nascido(a) em _____, na condição de paciente e/ou responsável legal pelo(a) paciente _____, autorizo e consinto, de forma **livre, informada e voluntária**, o(a) Dr(a). _____, CRM nº _____, seus assistentes e todos os demais profissionais vinculados à assistência, credenciados ao Hospital Ana Nery, a executar o procedimento cirúrgico de **FACECTOMIA (CATARATA) COM IMPLANTE DE LENTE**, que consiste na remoção da lente natural do olho, o cristalino e colocação de lente sintética em seu lugar, conforme demarcação de literalidade abaixo, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestesias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer.

| DEMARCAÇÃO DE LATERALIDADE | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|---|
| CIRURGIA DO MEMBRO: | | IDENTIFICAR A ÁREA A SER OPERADA COM UM ALVO: |
| LADO DIREITO | LADO ESQUERDO | <input checked="" type="radio"/> |
| () Olho direito | () Olho esquerdo | |
| () Orelha direita | () Orelha esquerda | |
| () Pulmão direito | () Pulmão esquerdo | |
| () Ombro direito | () Ombro esquerdo | |
| () Braço direito | () Braço esquerdo | |
| () Antebraço dir. | () Antebraço esquerdo | |
| () Mão direita Se Dedo, qual: | () Mão esquerda Se Dedo, qual: | |
| () Mama direita | () Mama esquerda | |
| () Rim direito | () Rim esquerdo | |
| () Glúteo direito | () Glúteo esquerdo | |
| () Coxa direita | () Coxa esquerda | |
| () Perna direita | () Perna esquerda | |
| () Joelho direito | () Joelho esquerdo | |
| () Pé direito Se Dedo, qual: | () Pé esquerdo Se Dedo, qual: | |
| () 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 comprehensível, 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. Estou ciente de que, para realizar o (s) procedimento (s) acima especificado (s), será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos anestésicos serão de indicação da equipe médica de anestesiologistas.
4. Estou ciente que, em procedimento (s) invasivo (s), como o citado, podem ocorrer complicações gerais como:
 - a. Aderência interna.
 - b. Alterações da forma ou tamanho da pupila.
 - c. Apagamento da câmara anterior.
 - d. Atrofia de Íris.
 - e. Aumento, mudança nas formas e tamanho das moscas volantes.
 - f. Descolamento de retina.

| | |
|--|---------------------|
| Cirurgia de Facectomia (Catarata) com Implante de Lente | Código: TCIE-CC-013 |
| Setor: CENTRO CIRÚRGICO | Emissão: 23/11/2025 |
| TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO | Revisão: 23/11/2029 |
| | Versão:1 |

- g. Deslocamento da lente implantada.
 - h. Edema ao redor do olho.
 - i. Glaucoma.
 - j. Hemorragia.
 - k. Infecção.
 - l. Leve ptose palpebral.
 - m. Mudança significativa do grau dos óculos.
 - n. Neurite ótica isquêmica.
 - o. Olho seco ou irritação.
 - p. Perda da transparência da córnea.
 - q. Perda permanente da visão e mesmo a perda do olho.
 - r. Perda vítreia.
 - s. Problemas com a circulação do fluido intraocular (humor aquoso).
 - t. Ptose permanente
 - u. Reflexo ou leves distorções da lente implantada.
 - v. Uveíte, irite (inflamação).
 - w. Vazamento.
 - x. Visão dupla ou embaçada.
 - y. Visão embaçada, distorcida ou desconforto.
5. 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.
6. 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.
7. Estou ciente que, segundo orientação médica, devo adquirir e fazer uso de toda a medicação prescrita e comparecer a todas as consultas pós-operatórias, além de comunicar imediatamente quaisquer anormalidades que venham a ocorrer após a cirurgia.
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. Declaro que li este termo, **compreendi plenamente seu conteúdo** e estou de acordo com a realização da cirurgia descrita.

Santa Cruz do Sul (RS), _____ / _____ / _____.

Assinatura (paciente e/ou responsável)

Assinatura Médico