

Blefaroplastia	Código: TCIE-CC-007
Setor: CENTRO CIRÚRGICO	Emissão: 23/11/2025
TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO	Revisão: 23/11/2029
	Versão:1

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 procedimento designado "**BLEFAROPLASTIA**", consistente em um procedimento cirúrgico realizado para eliminar o excesso de pele e gordura das pálpebras, tanto na parte superior como da inferior, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestesias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer.

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) Exposição da esclera com deslocamento inferior do canto lateral
 - b) Mal posicionamento da margem da pálpebra inferior
 - c) Sangramento
 - d) Infecção
 - e) Olho seco
 - f) Cegueira
 - g) Ectrópio
 - h) Exposição da córnea
5. 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.
6. 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.
7. 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.
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 do tratamento descrito.

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

Assinatura (paciente e/ou responsável)

Assinatura Médico