

Através do presente instrumento particular, declaro para todos os fins legais, em especial, ao disposto na Lei 8078/90 do Código de Defesa do Consumidor, que autorizo o médico Dr. Laurentino Biccias Neto CRM-ES 5259 ,a proceder o diagnóstico do meu estado de saúde, bem como realizar a investigação diagnóstica que se fizer necessária e o tratamento cirúrgico pertinente, além da anestesia que for indicada e todos os demais procedimentos médico cirúrgicos que o referido tratamento possa exigir, podendo mesmo valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde.

Reconheço que este termo foi entregue previamente à data da cirurgia e que fui informado da necessidade de dar conhecimento do mesmo aos meus familiares, podendo ouvir outros médicos e/ou outras pessoas, afirmado ter recebido do médico assistente as informações sobre o diagnóstico, a proposta de tratamento, o tipo de anestesia a ser realizado, o tempo médio previsto para a internação, as complicações possíveis do ato cirúrgico e da anestesia, o tempo de afastamento de minhas atividades, as limitações do período pós-operatório, as implicações estéticas da cirurgia, todas colocadas detalhadamente e em linguagem acessível, simples e fácil, estendidas aos meus familiares. Nas cirurgias retinianas, quando for implantado óleo de silicone este deverá ser removido, com custos adicionais, em alguns meses. Re-operações podem ser necessárias, também com custos adicionais. Consultas no 1º mês após a cirurgia serão consideradas revisões, a seguir, serão cobradas.

Recebi a informação de que este Termo atende ao que é previsto no artigo 59 do Código de Ética Médica e na Lei 8078/90 de 11/09/90 , do Código de Defesa do Consumidor.

Declaro que todas as informações pessoais passadas ao médico assistente, inclusive as de identificação, são verdadeiras e ter seguido corretamente todas as orientações e atitudes pré-operatórias determinadas pelo mesmo.

Declaro a minha plena satisfação quanto ao atendimento às minhas dúvidas e questões, que me foram feitas em linguagem clara, acessível, fácil e precisa pelo cirurgião e que todos os espaços deste Termo foram preenchidos antes da minha assinatura. Não obstante, tendo recebido e aceito as explicações sobre os Riscos e Complicações mais comuns nesta cirurgia, DECLARO através da minha assinatura apostila neste instrumento particular, o meu pleno e irrestrito CONSENTIMENTO para sua realização, reconhecendo que não é possível ao cirurgião e sua equipe assegurar-me a GARANTIA EXPRESSA OU IMPLÍCITA DE CURA.

Declaro ter tomado conhecimento pleno do teor deste Termo e após a avaliação do mesmo, o devolvo devidamente assinado, CONCORDANDO de LIVRE e ESPONTÂNEA VONTADE com suas cláusulas, com a assinatura de uma testemunha devidamente identificada.

Para meu conhecimento segue informação da lei e artigos citados:

Código de Ética Médica - artigo 59: É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal.

Lei 8.078 de 11/09/90-Código de defesa do Consumidor:- artigo 9: O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou segurança deverá informar de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto. Artigo 39- É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.

Data da devolução do Termo: / /

---

Helyane Aguiar Bermudes

---

Testemunha

---

Identidade