|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | Eu que abaixo subscrevo       , portador do CPF    .   .   -   RG:   .   .   -  residente e domiciliado em        Estado do       , na rua        (qualificação completa), por esta e na melhor forma de direito declaro que:**1º)** Que fui informado (a) pelo médico(a) que me assiste, de minha total confiança e livre escolha, Doutor(a)         que as avaliações de exames realizados indicam a necessidade de minha submissão a procedimento para tratamento de obesidade e consciente em cirurgia a “céu aberto” ou por videolaparoscopia, conhecida por “cirurgia da obesidade mórbida”;**2º)** Que decido, conjuntamente com meu médico (a), que a CIRURGIA DE OBESIDADE é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico;**3º)** Que estou ciente que a cirurgia a que me vou submeter consistirá na redução do reservatório gástrico e/ou a absorção intestinal; bem como de que é a melhor indicação para meu quadro clínico, por isso autorizo a execução do tratamento designado como cirurgia da        e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestesias ou outras condutas médicas que tal tratamento possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxilio dos outros profissionais de saúde.**4º)** Declaro outrossim, que o (a) referido (a) médico (a), atendendo ao disposto nos artigos 56 e 59 do Código de Ética e no art. 9 da Lei 8078/90 e após apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico cirúrgico antes apontado, apresentando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento proposto.**5º)** Declaro ter sido suficientemente informado, sendo descrito de forma acessível e compreensível o exame, o tratamento bem como a cirurgia a ser realizada, sendo certa a minha decisão de aceitar esse procedimento.**6º)** Declaro que ficaram claros para mim quais são os propósitos dos procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos destacados.**7º)** Declaro que ficou claro também que as despesas da cirurgia serão cobertas pela OPERADORA do Plano de Saúde, tendo sido destacado que as intervenções plásticas que venha necessitar não terão cobertura pelo convênio, exceto a cirurgia de Dermolipectomia, conforme previsto na diretriz de utilização da RN 262/2011 do Rol de Procedimentos da ANS.**8º)** Concordo voluntariamente com o que será realizado e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento antes da realização da cirurgia.**9º)** Declaro ainda que as informações foram prestadas de viva voz pelo (a) médico (a), tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas, bem como estou plenamente ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e o resultado do tratamento podem obrigar o (a) médico(a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar as providencias necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.**10º)** Declaro que o (a) médico (a) me informou sobre a natureza e características do tratamento proposto, bem como dos resultados esperados e de outras possíveis alternativas de tratamento para a doença; como também os possíveis riscos conhecidos, complicações e benefícios esperados relativos ao tratamento proposto e as formas alternativas, incluindo o não tratamento. Informando-me, ainda, que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições podem requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos, como também em uma cirurgia existem riscos significantes, como perda extensa de sangue, infecção e ataque cardíaco, que podem levar à morte ou à incapacidade parcial ou permanente, bem como sendo cientificado (a) que nos casos cirúrgicos, em que se faz uma incisão, podem ocorrer infecção, dor no local da incisão ou o aparecimento de hérnia (fraqueza ou pequena abertura da parede muscular), levando à necessidade de futuros tratamentos ou procedimentos cirúrgicos. **11º)** A administração da anestesia será feita por um médico anestesiologista aprovado pelo meu médico, sabendo que toda anestesia envolve um certo risco, podendo ocorrer complicações e danos graves aos órgãos vitais como o cérebro, coração, pulmões, fígado e rins, que podem resultar em paralisia, ataque cardíaco ou morte cerebral por causas conhecidas ou desconhecidas.**12º)** Declaro, por fim, que tenho conhecimento de que a responsabilidade da operadora limita-se à cobertura dos procedimentos referidos, eximindo-a de quaisquer problemas e/ou complicações do insucesso da cirurgia, ou pelo não atendimento das normas legais por parte das instituições e respectivos profissionais que se disponham a realizá-los. |  |
|  |  |  |  |  |
|  | **Londrina, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_** |  |  |  |
|  | **Assinatura do Paciente** |  | **Assinatura do Responsável** |  |
|  |  |  |  |  |