



Cruz Vermelha Brasileira
Filial do Estado do Paraná
Hospital da Cruz Vermelha

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO CIRURGIA DE RINOPLASTIA

Eu, _____, irei realizar cirurgia de **Rinoplastia** (cirurgia plástica nasal) com o (a) Dr. (a) _____ e pela sua equipe de Otorrinolaringologia, com o objetivo de melhorar o aspecto estético de meu nariz, no qual não estou satisfeito (a). Como pode ocorrer neste tipo de cirurgia, o resultado cirúrgico pode ficar insatisfatório devido a várias circunstâncias da própria cirurgia. Portanto não existe nenhuma garantia de que o resultado estético pedido, será plenamente alcançado. No presente momento desejo por livre e espontânea vontade realizar cirurgia de **Rinoplastia**, ressaltando mais uma vez que não estou satisfeito (a) com o aspecto atual de meu nariz. Fui informado (a) pelo Dr. (a) _____ que esta cirurgia também poderá acarretar em prejuízo funcional, ou seja, piorar minha respiração pelo nariz. Eu compreendi perfeitamente e estou ciente de possíveis outras complicações decorrentes da cirurgia. Declaro igualmente estar ciente que a cirurgia adotada não assegura a garantia de cura. Finalmente, afirmo que as informações prestadas a mim foram feitas de maneira clara e compreensível. Assim sendo expresso por meio deste, meu pleno consentimento para a realização da cirurgia. Firmo este juntamente com o (a) médico (a).

Curitiba, _____ de _____ de _____

Nome do Paciente: _____

RG: _____

Assinatura: _____

Nome do (a) Médico (a): _____

RG: _____

Assinatura: _____