



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

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO CIRURGIA DE PREENCHIMENTO FACIAL

Por este instrumento particular o(a) paciente _____,
ou seu responsável, Sr.(a) _____,
declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39,VI, da Lei 8.078/90, que dá plena autorização ao(à)
médico(a), assistente, Dr.(a) _____,
inscrito(a) no CRM - _____ sob o nº _____ para proceder as investigações necessárias ao
diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado “**Preenchimento Facial**” e todos os
procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o
referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde.

Declara, outrossim, que o referido(a) médico(a), atendendo ao disposto no art. 59º do Código de Ética Médica e no art. 9.º da Lei
8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico de
“**Preenchimento Facial**” antes apontado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem
adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

Princípios e Indicações:

O Preenchimento Facial é realizado para correção de anormalidades na face, geralmente decorrente do processo de envelhecimento.
O procedimento consiste na aplicação de um material orgânico (gordura) ou sintético (PMMA. Ácido hialurônico) em sulcos e rugas da
face para preenchê-los.

Descrição dos insucessos:

Em alguns casos é necessária nova abordagem de preenchimento por questão de satisfação tanto do médico quanto do paciente.

Descrição das alternativas:

Este procedimento é indicado nos casos em que não melhoraram com tratamento clínico (creme dermatológicos).

Descrição de complicação do ato operatório:

INFECÇÃO DA FERIDA OPERATÓRIA – Resolvidas com uso de antibióticos e curativos locais.

HEMATOMA – Pode ocorrer acúmulo de sangue no local de aplicação.

ISQUEMIA E NECROSE – Raramente pode ocorrer perda de pele em algumas regiões. Este fato se deve a complicações
inesperadas e ocorre principalmente em fumantes.

ASSIMETRIA – A diferença entre os dois lados da face pode ocorrer, porém em geral são discretas e raramente necessita correção
cirúrgica.

Descrição da anestesia:

Foi-me explicado, e eu entendi, que para a realização da cirurgia haverá necessidade de me submeter uma anestesia LOCAL sendo
que devo realizar todos os exames solicitados pelo médico.

Descrição do estudo fotográfico computadorizado:

Declaro estar ciente que como programação e como ferramenta para avaliação dos resultados do procedimento é necessário o estudo
fotográfico, sendo retiradas fotos em várias posições. Autorizo a realização e utilização das fotos para fins científicos, em educação do
paciente e publicidade médica (publicação em revistas médicas e livros).

Condições imprevisíveis:

Reconheço que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer
procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo
médico e ou seus assistentes, a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional



TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO CIRURGIA DE PREENCHIMENTO FACIAL

deles, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

Declaro e confirmo que entendi todas as explicações que me foram fornecidas de forma clara e simples, inclusive permitindo que eu realizasse todas as perguntas e fizesse todas as observações que eu achei pertinente para entender o que ocorrerá comigo nesta intervenção cirúrgica, não me ficando dúvidas sobre o procedimento cirúrgico proposto.

Estou ciente que caso eu recuse a me submeter ao tratamento proposto continuarei recebendo os tratamentos alternativos possíveis para meu caso. Declaro, também, ciência de que é possível a qualquer momento antes da cirurgia revogar o meu consentimento e desistir do procedimento proposto.

Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a cirurgia **PREENCHIMENTO FACIAL** é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico e, voluntária e espontaneamente, autorizo a sua realização. Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que mesmo foi lido para mim e que entendi todo o seu conteúdo.

Curitiba, _____ de _____ de _____

Cidade _____ Estado _____

Assinatura do paciente

Assinatura do(a) responsável pelo(a) paciente

Assinatura do(a) Médico(a)

Para pacientes menores, que tenham responsável legais ou não possam assinar esta autorização.

Qualificação(profissão) _____

Qualificação (profissão) _____

Endereço: _____

Endereço: _____

Endereço: _____

Cidade: _____

Cidade: _____

Cidade: _____

Estado: _____

Estado: _____

Estado: _____

Identidade (RG): _____

Identidade (RG): _____

Nº de inscrição no CRM - _____ - _____

Grau de parentesco ou relação: _____

Código de Ética Médica – Art.59º - 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 11/09/1990 – Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art.9º - O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto. Art.39º - É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras abusivas; VI – executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.