

TERMO DE CONSENTIMENTO

Conforme orientação do Conselho Federal de Medicina (CFM), um consentimento do paciente, por escrito, deve ser feito em todo o procedimento cirúrgico.

Eu, _____, CPF _____, reconheço a equipe do Dr. Felipe Bittencourt, médico, inscrito no Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina (CREMESC) sob o número 11.438, membro da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP) e com Registro de Qualificação de Especialista (RQE) em Cirurgia Plástica junto ao CREMESC de número 9860, como de minha confiança e autorizo-a a realizar o(s) procedimento(s) cirúrgico(s) abaixo denominados:

_____, bem como todos os cuidados médicos necessários dele(s) recorrente(s).

O procedimento cirúrgico acima referido me foi explicado claramente, por isso, dele tenho a perfeita consciência de:

1. Que a cirurgia plástica limita-se a **melhorar a forma** do corpo e que essa melhora **pode não coincidir** com o desejo do paciente. Como resultado da cirurgia, poderá existir uma **cicatriz permanente**, com intensidade variável, na dependência da **reação individual** de cada paciente, como por exemplo: quelóides (tumor cicatricial), cicatrizes hipertróficas (aumento de volume) e cicatrizes alargadas. Contudo, todos os esforços serão feitos no sentido de minimizar ou encobrir a cicatriz, de forma a torná-la o menos visível possível.
2. Que pode haver **edema** (inchaço), **descoloração** ou **aumento da pigmentação** cutânea (diminuição ou aumento da cor) ou **equimoses** (manchas roxas) na pele das áreas operadas por um período indeterminado de tempo de acordo com as diferentes reações orgânicas de cada paciente, de previsão jamais absoluta.
3. Que eventualmente, **líquidos, sangue ou secreções** podem se acumular na região operada, necessitando drenagem, aspiração ou reparo cirúrgico.
4. Que poderá haver **dor** pós operatória em maior ou menor grau de intensidade ou ainda **perda ou aumento de sensibilidade ou de mobilidade** nas áreas operadas por um período de tempo variável de paciente para paciente.

5. Que poderá ocorrer **perda de vitalidade** biológica (necrose) na região operada, ocasionada pela redução da vascularização sanguínea, principalmente em **pacientes fumantes**, podendo necessitar, para sua reparação, novo procedimento cirúrgico.

6. Que toda cirurgia plástica pode, eventualmente, necessitar de **retoque, refinamento ou cirurgia complementar** para atingir um resultado melhor.

7. Que toda e qualquer cirurgia plástica pode, ainda que muito raramente, levar ao óbito, que, quando ocorrer, deve ser verificado em exame (“causa mortis”).

8. Que os implantes, mamários (próteses) destinam-se exclusivamente a aumentar as mamas, e que portanto, **eles não impedem que os seios caiam**.

9. Que a duração do resultado de qualquer cirurgia plástica, como face, mamoplastia, prótese de mamas, etc, dependerá de fatores relacionados à **qualidade da pele e dos tecidos** do paciente e que são determinados pela constituição genética do indivíduo, sendo alheios a vontade do cirurgião.

10. Que os órgãos internos e externos de todos os seres humanos **são assimétricos e a simetria perfeita é impossível** de se alcançar pela cirurgia.

11. Que a lipoaspiração não emagrece, mas apenas melhora as distorções do contorno corporal provocadas pela gordura localizada, sendo ineficaz para corrigir os eventuais excessos de pele e de flacidez cutânea do paciente.

Portanto, de posse destas informações:

1. **Eu compreendo e concordo** que a melhora a ser obtida será baseada na situação inicial pré-operatória e não em comparação a um padrão de beleza.
2. **Eu sei que nenhum procedimento cirúrgico está isento de riscos**, embora complicações sérias sejam raras.
3. **Estou ciente** de que podem ocorrer limitações das minhas atividades cotidianas por tempo indeterminado.
4. **Eu reconheço** que durante o ato cirúrgico podem surgir situações ou elementos novos que não puderam ser previamente identificados e por isso outros procedimentos adicionais ou diferentes daqueles

previamente programados podem ser necessários. Por tal razão, autorizo a equipe do dr. Felipe Bittencourt a realizar os atos necessários condizentes com a nova situação que eventualmente venha a ocorrer.

5. **Eu concordo** em cooperar com os médicos responsáveis, fazendo a minha parte no tratamento. Sei que devo cumprir as determinações e orientações que me forem dadas (oralmente ou por escrito), pois se assim não o fizer, poderei comprometer o trabalho da equipe e o resultado final, ocasionando sequelas temporárias ou permanentes, além de por em risco a minha saúde e o meu bem estar.

6. **Eu compreendo** que o tabagismo, o uso de drogas e de álcool ainda que não impeçam a realização de uma cirurgia, são fatores que podem desencadear complicações durante ou após a cirurgia.

7. **Eu autorizo** o registro (foto, som, imagem, desenho) dos procedimentos necessários para a(s) cirurgia(s) proposta(s) por compreender que tais registros são uma exigência médico-legal e farão parte do prontuário médico.

8. **Estou ciente** de que a utilização de próteses (mamária, glútea, panturrilha, coxa, peitoral, mento, malar) envolve a possibilidade de ocorrer infecção ou um fenômeno denominado contratura capsular os quais podem resultar em endurecimento e modificação da forma original, além de dor, secreções e processos inflamatórios no local da cirurgia, ocorrências estas que podem ser uni ou bilaterais, devidas à reação particular do meu organismo ao silicone. Este fenômeno me foi claramente explicado, enfatizando a necessidade de conhecer e aceitar este risco, antes de me submeter a cirurgia para inclusão de próteses.

Aceito estes riscos e o fato de que a ocorrência dos fenômenos acima citados poderá implicar em necessidade de nova cirurgia, que poderá ou não resolver o problema, podendo em certos casos, ser necessário efetuar a retirada definitiva da(s) prótese(s), voltando as mamas ao tamanho original com possível comprometimento de forma, devido a consequente cicatriz anômala produzida pela intercorrência.

9. **Eu reconheço** que as próteses mamárias poderão não manter as formas pós operatórias imediatas e que isto dependerá de fatores alheios a atuação do cirurgião.

10. **Eu compreendo** que tanto a queda das mamas operadas quanto o aparecimento de rugas após a cirurgia da face e das pálpebras no decorrer do tempo, são fatos inexoráveis e sempre ocorrerão em graus variáveis exclusivamente ligados à condição genética e tecidual do paciente.

11. **Eu aceito** que a eventual necessidade, já citada anteriormente, de **retoques, refinamentos ou cirurgias complementares** acarretará em **novos custos**, os quais **serão de minha inteira responsabilidade**.

12. **Estou ciente** que o aumento de peso do meu corpo após a operação comprometerá a qualidade do resultado da cirurgia e o cirurgião não poderá ser responsabilizado pelas minhas regras e hábitos de vida.

Eu confio que a equipe do Dr. Felipe Bittencourt irá usar todos os meios técnicos e científicos à sua disposição para tentar atingir o melhor resultado possível e que, não sendo medicina uma ciência exata, fica impossível prever matematicamente um resultado para toda e qualquer prática cirúrgica, razão pela qual aceito o fato de **não poderem ser dadas garantias de resultados, percentual de melhoras ou tempo de permanência dos resultados obtidos**.

Tive oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao ato cirúrgico a que irei submeter-me, razão pela qual autorizo a equipe do Dr. Felipe Bittencourt a realizar o(s) procedimento(s) proposto(s).

Li, compreendi e estou de acordo sem restrições.

Florianópolis, __ de _____ de 20__.

Assinatura do paciente ou do responsável legal

Assinatura da testemunha