



TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA CIRURGIA

Eu, _____ portador(a) da Célula
de Identidade RG nº _____ e do CPF/MF nº _____
doravante simplesmente designado **paciente**, perante duas testemunhas, declara, autoriza e reconhece o que segue:

1. O **paciente** declara que espontaneamente procurou e escolheu por médico cirurgião Dr. Sidney Zanasi Jr, devidamente inscrito no Conselho Regional de Medicina – CRM 94.433 e Membro da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, doravante simplesmente designado **Dr. Sidney Zanasi Jr.**, para realização da cirurgia

2. Declara, ainda, que foi esclarecido pelo **Dr. Sidney Zanasi Jr.** quanto às limitações de resultado que a cirurgia a ser realizada pode oferecer, enquanto ciência médica, bem como a ausência de garantia de resultados que a medicina dispõe como ciência biológica, aceitando como única garantia que o **Dr. Sidney Zanasi Jr.** agirá dentro dos rigores da Ética Médica, com perícia, prudência e diligência e reconhecendo por verdadeiro o artigo 5º da Resolução do CRM/SP de 03/06/97, que dispõe que o objetivo do ato médico, na cirurgia plástica, como em toda medicina, constitui obrigação de meio e não de fim ou de resultado, entendendo por válidos os limites oferecidos pelo **Dr. Sidney Zanasi Jr.**;
3. Declara, também, ter recebido e tomado ciência dos termos do Folheto de Instruções dos Pacientes em Cirurgia Plástica, aprovado pela Comissão de Ética e Defesa de Classe da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica bem como Folheto específico da cirurgia a ser realizada _____ que passam a fazer parte integrante deste instrumento como anexo I e II;
4. Declara, inclusive, que foi esclarecido que independente da habilidade, perícia, prudência e diligência do **Dr. Sidney Zanasi Jr.**, podem ocorrer intercorrências tais como: persistência de cicatrizes aparentes, hipertróficas ou queiloideanas (aumento de volume), discromias (mudança de cor), longas e alargadas, contratura capsular (nos casos de implantes de mama), diferença entre os dois lados do corpo, deiscência de sutura (abertura de pontos), necroses (morte tecidual) localizadas, hematomas (acúmulo de sangue), reações inflamatórias, alérgicas e infecciosas, ausência ou exacerbação de sensibilidade, excessos dermo-gordurosos, com necessidade de retoques, com os quais admite e concorda com sua realização, conforme autorização que passa a fazer parte integrante deste como Anexo III;
5. Declara, da mesma forma, estar ciente que fazer-se acompanhar de pessoa responsável durante todo período de internação ou na impossibilidade de acompanhamento fornecer informações de pessoa responsável de fácil localização, em virtude de qualquer intercorrência cirúrgica;
6. O **paciente** declara que reconhece como exatos os sintomas anotados em seu prontuário, retratando suas reais condições pré-operatórias e responsabilizando-se por qualquer omissão de intercorrência clínica que possa ocasionar complicações intra e pós-operatórias;
7. Declara, então, que reconhece a capacidade técnico-profissional do **Dr. Sidney Zanasi Jr.** comprometendo-se a respeitar as instruções que forem dadas por este, estando sujeito a imprevistos oriundos pela eventual inobservância das orientações médicas recomendadas (cuidados pré e pós-operatórios);
8. Declara, por fim, após a ciência e concordância com o orçamento de custos para cirurgia, Anexo V, que os honorários médicos não são efetuados para garantir os resultados da cirurgia, e que se houver necessidade de posteriores retoques ou reintervenções, desde que discutidas quanto a real necessidade e viabilidade técnica, não haverá nenhuma despesa com o cirurgião, mas responsabilizando-se pelo pagamento de despesas com equipe de anestesia, clínicas ou hospitais ou ainda procedimentos alternativos indicados pelo **Dr. Sidney Zanasi Jr.**;
9. Após plena ciência de todo o procedimento, o **paciente** concorda com a realização da cirurgia.
10. O paciente autoriza, ainda, ao **Dr. Sidney Zanasi Jr.** proceder às investigações necessárias ao diagnóstico e executar tratamentos, operações, anestésias, transfusões de sangue, terapia intensiva ou outras condutas médicas no âmbito clínico-cirúrgico do caso, conforme Anexo 3.

São Paulo, de 20 .

Paciente

Testemunhas:

1-Nome: _____

RG: _____

2-Nome: _____

RG: _____