



www.unimedteresina.com.br  
Rua São João, 1262. Centro Sul  
64001-360, Teresina-PI  
T. (86) 2107-8000

Dr. Emmanuel Augusto de C. Fontes  
Diretor - Técnico - Médico  
CRM - PI: 1912  
ANS - 353353



## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE ATO MÉDICO

Eu, \_\_\_\_\_, nacionalidade \_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_, profissão \_\_\_\_\_, residente e domiciliado na \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_, cidade \_\_\_\_\_, UF \_\_\_\_\_, portador do documento de identidade RG n° \_\_\_\_\_, abaixo subscrito, **DECLARO** que:

**1. FUI NOTIFICADO** por médico da minha confiança e eleito por mim, de ser portador de moléstia denominada **OBESIDADE MÓRBIDA**, e que me foram indicadas opções de tratamentos não cirúrgicas e cirúrgicas, tendo eu **OPTADO** pela última via.

**2. TENHO CIÊNCIA PLENA** de que a cirurgia de Obesidade Mórbida importa em operação de grande porte, **podendo constituir-se do grampeamento do estômago** (Gastroplastia Vertical); restrição gástrica com bandagem (bandagem gástrica); combinação de cirurgia restritiva e malabsortiva (gastroplastia vertical em Y de Roux), cirurgias estritamente disabsortivas (derivação Bilio-Pancreaticas), colocação de balões no estomago, dentre outras.

**2.1 FOI-ME ESCLARECIDO** detalhadamente o procedimento cirúrgico que melhor se aplica a meu caso, conforme descrição e autorização para o mesmo, que este termo acompanha, um fazendo parte integrante do outro, sendo nulos se apresentados separadamente.

**3. CONCORDO E TENHO CIÊNCIA PLENA** que os profissionais envolvidos na realização deste atendimento médico-hospitalar **têm a obrigação tão somente de meio, ou seja, de promover a cirurgia de Obesidade Mórbida** que ora se inicia, agindo em benefício de minha saúde com o máximo zelo e o melhor de sua capacidade profissional, através das condições de infraestrutura e técnicas disponíveis.

**3.1 FUI INFORMADO(A) E DEVIDAMENTE ESCLARECIDO(A)** sobre as hipóteses diagnósticas e que **o procedimento cirúrgico recomendado é um dos meios de se prevenir a evolução da Obesidade Mórbida, ou aliviar o sofrimento dos males por ela provocados, sem nenhuma garantia de cura,** bem como a cirurgia realizar-se-á dentro dos preceitos do desempenho ético da Medicina.



4. ESTOU CIENTE, igualmente, de que **não há qualquer garantia de benefício em decorrência da cirurgia de obesidade mórbida**, PODENDO haver melhoria de seus sintomas: dores, hipertensão arterial, lombalgia, problemas respiratórios e de sono, dentre outros.

5. TENHO PLENO CONHECIMENTO de que é esperada uma perda de peso em torno de 1/3 ou 1/2 do medido anteriormente à cirurgia, em média no prazo de um ano, sendo que **sei que não há garantia da perda de peso, quer em caráter temporário, quer em caráter definitivo.**

5.1 AFIRMO estar ciente que, **havendo perda de peso, a mesma poderá ser igual, maior ou menor que as percentagens acima estabelecidas, bem como poderá se dar em período menor, igual ou superior à média indicada** (um ano).

6. FUI DEVIDAMENTE CIENTIFICADO(A) de que podem advir complicações da cirurgia de Obesidade Mórbida que melhor se aplica ao meu caso, quais sejam:

a) *Infecção de parede, cavidade corporal (abdominal ou tórax), pulmões (pneumonia, por exemplo);*

b) *Inflamação ou infecção desses órgãos (em parênteses exemplos, ficando claro que podem ocorrer manifestações diversas das exemplificadas): pâncreas (pancreatite), estômago (gastrite ou úlcera gástrica), esôfago (esofagites com dor no peito, queimação, etc), fígado (hepatite), vesícula biliar (colecistite), duodeno (duodenite, úlcera duodenal);*

c) *Sangramento do baço durante a cirurgia, com sua conseqüente remoção parcial ou total, o que implicaria no aumento de risco de infecção pós-operatória;*

d) *Insuficiências (de funcionamento) de órgãos como coração, rins, fígado e pulmões podem ocorrer durante e após a realização do procedimento em referência;*

e) *Coágulos de veias de membros inferiores, pelve ou qualquer outro lugar do corpo, podem se transformar e chegar aos pulmões causando dificuldades respiratórias e até mesmo a morte. Esses coágulos podem também resultar em edema ou ulcerações, temporárias ou permanentes nas pernas;*

f) *Líquidos do estômago ou intestinos podem sair da cavidade abdominal, de outros órgãos ou através da pele, sendo necessária à drenagem para uma bolsa por um longo período;*

g) SÃO FREQUENTES alterações no paladar e/ou nas preferências alimentares, dificuldades ou até mesmo intolerância para comer certos alimentos, tais quais: carne vermelha, chocolates, doces em geral, dentre outros;

h) *Impossibilidade de passagem de alimentos pelo reservatório gástrico ou intestino, sendo*

**necessário proceder a dilatação deste órgão por meio de instrumentos médicos ou endoscopias (que tem seus riscos próprios), bem como a utilização de tubos de alimentação, passados pelo estômago, intestinos ou veias, se ficar impossibilitado de beber e comer o suficiente pela boca;**

**i) SÃO FREQUENTES: vômitos, náuseas, distensão abdominal, queimação precordial, diarreias, flatulência e fezes malcheirosas, especialmente em decorrência da ingestão de alimentos de difícil digestão;**

**j) Podem ocorrer ainda, sangramento do estômago, hérnia, abertura dos grampos cirúrgicos, necessidade de reoperação por estas ou outras razões e complicações de anestésias;**

**k) Em casos extremos, PODE OCORRER A MORTE DO PACIENTE.**

**6.1 ESTOU CONSCIENTE de que a estatística demonstra que NO BRASIL 1% DOS PACIENTES MORRE APÓS A CIRURGIA DA OBESIDADE, em decorrência de complicações ocorridas durante e após a operação.**

**6.2 CONHEÇO ainda que há possibilidade de internação em Unidade de Terapia Intensiva, em decorrência de complicações que venham a ocorrer, ou no decorrer da cirurgia para o tratamento de Obesidade Mórbida.**

**6.3 FUI INFORMADO(A) e devidamente ESCLARECIDO(A), que durante o presente tratamento pode haver necessidade de realização de outros procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, além daqueles inicialmente previstos, para os quais, desde já, consinto com a realização.**

**6.4 ESTOU PLENAMENTE CIENTE DE QUE A CIRURGIA DE OBESIDADE MÓRBIDA É IRREVERSÍVEL.**

**7. SOU CONHECEDOR(A) do fato de que a referida cirurgia trará mudanças drásticas à minha vida, incluindo de ordem alimentar e comportamental, e que havendo sucesso no combate à moléstia da obesidade mórbida, em decorrência da operação, a manutenção do mesmo dependerá também, de minha COOPERAÇÃO E MUDANÇA DE ESTILO DE VIDA, o que implica dentre outras coisas, na prática de pequenas refeições diárias, de maneira vagarosa e na ingestão de líquidos e alimentos, que tenham baixo ou nenhum teor calórico de preferência.**

**8. Além dos possíveis efeitos colaterais elencados no item 6 deste termo, FUI INFORMADO(A) de que as bruscas mudanças físicas e comportamentais necessárias e decorrentes da operação para tratamento da Obesidade Mórbida, podem acarretar problemas psiquiátricos, tais quais, depressão, e que demandam cuidados especializados e até mesmo a internação em clínica psiquiátrica.**

**8.1 Em decorrência do exposto acima, DECLARO QUE ME FOI RECOMENDADO pelo médico que está assinando comigo o ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO operatório, antes e depois do procedimento,**



www.unimedteresina.com.br  
Rua São João, 1262. Centro Sul  
64001-360, Teresina-PI  
T. (86) 2107-8000



para preservação de minha saúde mental.

9. DECLARO ESTAR CIENTE de que o sucesso da cirurgia, implica em grande perda de peso e massa corporal, resultando na flacidez de pele e musculatura dos braços, pernas, pescoço, abdome, face ou qualquer outra parte do corpo, que se podem enrugarem, curvando-se ou pendendo como uma grande dobra, o que pode acarretar em sérios constrangimentos e embaraços, além de trazer irritação moral e física pelo desconforto causado, além de erupções e infecções cutâneas e odores excessivos.

9.1 DECLARO ainda, que tendo em vista o exposto acima, FUI ALERTADO(A) E ACONSELHADO(A) no sentido de promover CIRURGIA PLÁSTICA, para retirada do excesso de pele.

9.2 FOI-ME AVISADO que, ainda que alcance a meta de perda de peso, isso não implica na estabilização do mesmo, podendo vir a diminuir ou aumentar eventualmente, em qualquer época após a cirurgia, sendo que a ocorrência da primeira hipótese, pode acarretar na necessidade de se realizar nova cirurgia plástica.

10. FUI ALERTADO(A) de que, mesmo depois de decorridos meses ou anos da operação, posso vir a sofrer de problemas nutricionais, incluindo falta de vitaminas, proteínas, calorias, minerais, etc, acarretando sintomas como: mal estar, paralisias, confusão, exantemas, anemias, quedas de cabelo, problemas de ossos ou articulações, dificuldade na cicatrização, irritabilidade da língua, cegueira noturna, dormência, dentre outros.

10.1 ATESTO que o médico que esta subscreve ALERTOU-ME para a necessidade de ingerir, após a cirurgia, suplementos vitamínicos, proteicos, inclusive por via venal (injeções) temporariamente ou mesmo por toda vida.

10.2 Alertou-me ainda, para a necessidade de acompanhamento nutricional por toda a vida, após a realização do ato cirúrgico para tratamento da obesidade mórbida.

11. ESTOU CIENTE de que as informações transcritas nesse termo não esgotam as possibilidades de ocorrência de eventuais complicações advindas de condutas ou tratamentos a serem realizados além daqueles previstos inicialmente, pois está suficientemente esclarecido que qualquer procedimento médico implica em riscos de complicações ou mesmo de insucesso, ainda que apenas excepcionalmente.

12. E eu, devidamente qualificado no item 1 deste termo, consciente e de posse de todas as INFORMAÇÕES SUPRA, AS QUAIS LI, ENTENDI E RUBRIQUEI PARA DEMONSTRAR CONHECIMENTO, de livre e espontânea vontade, **ASSINO E AUTORIZO o Dr. GUSTAVO SANTOS**, inscrito no CRM sob o nº 2387, **A REALIZAR** pessoal, ou com o auxílio de outros profissionais da área da saúde, **OS ATOS MÉDICOS QUE FOREM JULGADOS NECESSÁRIOS AO TRATAMENTO MÉDICO-HOSPITALAR CIRÚRGICO DE OBESIDADE MÓRBIDA, NO HOSPITAL UNIMED**.

13. COMPROMETO-ME a seguir todas as prescrições e cuidados médicos e paramédicos recomendados e informados verbalmente ou por escrito, ESTANDO PLENAMENTE CIENTE QUE, se não fizer poderei



www.unimedteresina.com.br  
Rua São João, 1262. Centro Sul  
64001-360, Teresina-PI  
T. (86) 2107-8000

Dr. Emmanuel Augusto de C. Fontes  
Diretor - Técnico - Médico  
CRM - PI: 1912  
ANS - 353353



causar, POR MINHA CULPA EXCLUSIVA, PIORA DO MEU ESTADO DE SAÚDE ATUAL tanto de ordem física como de ordem psicológica, com sequelas temporárias ou permanentes, ou mesmo situação de perigo à minha vida, podendo até implicar em risco de morte.

14. Assinando esta declaração, ESTOU DEMONSTRANDO QUE LI E ACEITEI TODOS OS TERMOS ACIMA SEM QUALQUER DÚVIDA. Fui encorajado(a) a esclarecer todas as dúvidas, sendo todas bem respondidas e entendidas todas as respostas.

Local: TERESINA, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

---

**Assinatura do Paciente**  
**Assinatura do Responsável (quando for o caso)**

Médico Responsável: GUSTAVO SANTOS

CRM: 2387

Endereço do Consultório: GASTROVITA

Cidade: TERESINA CEP: 64001-260 Tel: 3131-7800

---

**Assinatura e Carimbo do Médico**





www.unimedteresina.com.br  
Rua São João, 1262. Centro Sul  
64001-360, Teresina-PI  
T. (86) 2107-8000

Dr. Emmanuel Augusto de C. Fontes  
Diretor - Técnico - Médico  
CRM - PI: 1912  
ANS - 353353



**Testemunhas:**

Nome: \_\_\_\_\_

RG Nº: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_.

Nome: \_\_\_\_\_

RG Nº: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Rubrica do Paciente

\_\_\_\_\_  
Rubrica do Médico Responsável

\_\_\_\_\_  
Rubrica Testemunha

\_\_\_\_\_  
Rubrica Testemunha

