

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
CURA CIRURGICA DE RETRAÇÃO CICATRICIAL**

Eu abaixo assinado (a), através deste Termo, autorizo o **Dr. ASSAAD ASSAAD NAIM** e/ou sua equipe de Anestesia, Auxiliares, Enfermagem e demais profissionais, a realizar (em) a(s) operação (ões) denominada (s) **CURA CIRURGICA DE RETRAÇÃO CICATRICIAL**.

Autorizo, ainda, a realização de operação (ões) ou procedimento (s), além da (s) acima mencionada (s), desde que a equipe citada a(s) considere(m) necessária(s) ou aconselhável (is), seja (m) ou não previsível (is) no presente. Autorizo a administração de agentes anestésicos que sejam considerados necessários pelo(s) Anestesta(s) responsável (is), ou pelo Cirurgião, sem qualquer exceção. Autorizo a realização de fotografias ou filmagens da(s) cirurgia(s), para propósitos exclusivamente médico-científicos.

Autorizo, com as mesmas finalidades, a presença de médicos ou estudantes de medicina durante minha(s) cirurgia(s), desde que também autorizados pelo **Dr. ASSAAD ASSAAD NAIM**.

Autorizo o **Dr. ASSAAD ASSAAD NAIM** e sua equipe a darem o destino que julgarem necessário a tecidos ou partes de meu corpo removidos pelos procedimentos operatórios. Deixo claro que a natureza e os objetivos da(s) cirurgia(s) e procedimento(s), os riscos envolvidos, bem como a possibilidade de complicações, foram prévia e devidamente esclarecidos. Os riscos e complicações gerais que, embora raros, podem ocorrer em qualquer procedimento, incluem (dentre outros): depressão respiratória, arritmias cardíacas, parada cardio-respiratória, choque anafilático, infecção, sangramento. Problemas de cicatrização são relativamente comuns. Em decorrência da relativa imprevisibilidade dos fenômenos biológicos, bem como da variabilidade das características individuais, reconheço que não se oferecem garantias de nenhuma espécie quanto a resultados. Declaro ainda que, na eventualidade de complicações que requeiram outras internações, ou que demandem medicamentos não utilizados durante a internação para a(s) cirurgia(s) acima autorizada(s), os encargos financeiros eventualmente necessários serão de minha inteira responsabilidade. Reconheço que a prestação dos serviços ora contratados se dá como um contrato de meios, e não de resultados, não podendo estes ser garantidos, em virtude da já mencionada imprevisibilidade relativa de fenômenos biológicos e individuais.