



MARK DEEKE  
CRM14620-PR

## TERMO DE CONSENTIMENTO PARA CIRURGIA

Eu, \_\_\_\_\_  
autorizo o Dr. MARK DEEKE, CRM 14.620-PR e seus auxiliares, a  
realizar o ato cirúrgico e outros procedimentos necessários  
ao tratamento de minha enfermidade, o qual será:

( Descrição e ou nome do procedimento)

Declaro estar ciente da natureza, propósito, riscos e complicações da  
cirurgia a que serei submetido.

Declaro estar ciente dos métodos alternativos de tratamento  
(incluindo os riscos) e o prognóstico de minha doença se não for  
tratada, os quais foram completamente esclarecidos pelo meu médico  
e ou equipe.

Eu compreendo e aceito os riscos da cirurgia e da anestesia a que  
serei submetido, assim como do tratamento decorrente das  
complicações imediatas, caso ocorram. Estes riscos em particular  
incluem, mas não se limitam à: reação a medicamentos, transfusão  
sangüínea, trombose venosa, lesões cerebrais e nervosas (incluindo  
paralisia, perda de função nervosa e coma), infecção, infarto do  
miocárdio e morte, os quais são riscos inerentes a qualquer  
procedimento cirúrgico.

Eu estou consciente que a prática da medicina não é uma ciência  
exata. Eu compreendo que não posso ter nenhuma garantia ou  
absoluta segurança quanto aos resultados a serem conseguidos com  
a cirurgia.

Declaro que um médico(a) ou enfermeiro(a) explicou toda a  
informação referida a este documento; eu li, entendi e concordo com  
todas as colocações aqui descritas.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável legal

\_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

\_\_\_\_\_  
Assinatura do médico/ enfermeiro  
(que obteve o consentimento)

\_\_\_\_\_  
Local / Data