

**SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA  
REGIONAL MINAS GERAIS**

**AUTORIZAÇÃO DE TRATAMENTO**

Eu, \_\_\_\_\_, identidade \_\_\_\_\_  
autorizo o Dr. Jorge Antônio de Menezes, médico cirurgião plástico, membro associado da  
Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, CRMMG 19854, a realizar o(os) seguinte(s)  
tratamento(s) em minha pessoa (ou na pessoa de minha dependência  
\_\_\_\_\_):

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_

Autorizo ainda, a realização de outros procedimentos cirúrgicos que forem necessários para a  
obtenção dos melhores resultados na(s) cirurgia(s) acima mencionada(s) bem como a  
aplicação de todo e qualquer recurso terapêutico e laboratorial, necessário e indispensável, a  
critério do Dr. Jorge Antônio de Menezes e da sua equipe, para a maior segurança e melhores  
resultados neste(s) tratamento(s). Esta autorização se estende aos demais membros da equipe  
do Dr. Jorge Antônio de Menezes, por ele indicados a participar deste(s) tratamento(s) em seu  
todo. Para a confirmação desta autorização, declaro ter recebido as informações da(s)  
cirurgia(s) a que serei submetido(a), sendo estas ampla e minuciosa esclarecidas em todos os  
seus detalhes, para a minha compreensão. Declaro também ter sido orientado(a) a respeito  
de todos os cuidados pré e pós-operatórios que deverão ser seguidos bem como a respeito das  
possíveis intercorrências anestésico-cirúrgicos deste(s) procedimento(s), entre elas, as  
equimoses, hematomas, hemorragias, infecções (locais e gerais), necroses de tecidos,  
deiscência (ruptura) de pontos irregularidades de superfície, assimetrias, alterações  
neuromusculares, problemas vasculares, trombo-embolia, reações alérgicas de maior ou  
menor intensidade, alterações cicatriciais como quelóides e cicatrizes hipertróficas além de  
alterações de coloração das mesmas, e demais riscos inerentes ao(s) procedimentos(s)  
proposto(s). Também estou ciente de que o uso de cigarros pode ser causa de complicações.  
Estou ciente de que todas as medidas de segurança disponíveis no hospital ou clínica onde  
será feito o tratamento cirúrgico, serão tomadas juntamente com todos os recursos técnicos  
pessoais do cirurgião e sua equipe, objetivando reduzir ao mínimo possível tais riscos e outros  
não especificamente mencionados, bem como a busca dos melhores resultados possíveis para  
o tratamento proposto.

Por ser verdade, firmo esta diante de uma testemunha.

Belo Horizonte, \_\_\_\_/\_\_\_\_/200\_\_ \_\_\_\_\_  
(assinatura)

Endereço e nº telefone: \_\_\_\_\_

Testemunha :  
Nome por extenso: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_  
(assinatura)

## SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA REGIONAL MINAS GERAIS

### TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

1. Por determinação explícita de minha vontade, eu .....  
portador(a) da identidade nº....., por este termo, voluntariamente autorizo o Dr. Jorge Antônio de Menezes, médico, inscrito no CRM/MG nº 19854, cirurgião plástico, Titular (Membro) da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, e todos os demais profissionais dos quais ele se serve, e que estão vinculados à minha assistência, a realizar o(s) seguinte(s) procedimento(s) cirúrgico(s) em minha pessoa (ou na pessoa de meu dependente menor):

.....  
.....  
.....  
bem como os cuidados e tratamentos médicos necessários dele decorrentes.

2. O(s) procedimento(s) acima autorizado(s) me foi explicado claramente, por isso entendo que:

- a. Como resultado da cirurgia existirá uma **cicatriz**, que será permanente. Contudo, todos os esforços serão feitos no sentido de encobrir e/ou diminuir a cicatriz, de forma a torná-la o menos visível possível;
- b. Poderá haver **inchaço** (edema) na área operada que, eventualmente, pode permanecer por dias, semanas e, menos frequentemente, por meses.
- c. Poderá haver **manchas** (equimoses) na pele que, eventualmente, permanecerão por semanas, menos frequentemente por meses e, raramente, serão permanentes.
- d. Poderá haver a formação de uma **cicatrização patológica** (quelóides e cicatriz hipertrófica), dependendo das características intrínsecas e da susceptibilidade individual.
- e. Poderá haver **descoloração ou pigmentação** cutânea nas áreas operadas por um período indeterminado de tempo. Muito raramente estas alterações poderão ser permanentes.
- f. Eventualmente, **líquidos**, sangue (hematoma) e/ou secreções (seroma) podem se acumular na região operada, necessitando drenagem, aspiração ou reparo cirúrgico;
- g. Outras condições possíveis de ocorrer são as **infecções**, localizadas ou não, podendo ser acompanhadas da **deiscência dos pontos**, são geralmente controladas com uso de antibióticos e cuidados locais;
- h. Poderá haver **perda de sensibilidade e/ou mobilidade** nas áreas operadas por um período indeterminado de tempo e que é variável de paciente a paciente;
- i. Poderá ocorrer **perda de vitalidade** biológica na região operada, ocasionada pela redução da vascularização sanguínea, acarretando alteração na pele e, mais raramente, **necrose** da mesma, podendo necessitar para sua reparação de nova(s) cirurgia(s), com resultados apenas paliativos;
- j. Cirurgias que envolvem os dois lados do corpo comumente acompanham **assimetrias** discretas ou **irregularidades de superfície**, não significando, no entanto, um mal resultado estético;
- k. Poderá ocorrer **dor pós-operatória**, em maior ou menor grau de intensidade, por um período de tempo indeterminado e variável de paciente a paciente;

- l. Toda cirurgia plástica pode necessitar, eventualmente, de **retoques**, ou pequena cirurgia complementar, para atingir um melhor resultado.
  - m. Problemas vasculares, neuromusculares, trombo-embolia, reações alérgicas e até mesmo óbito, podem ocorrer; contudo, uma investigação pré-operatória exaustiva e minuciosa diminui muito estas possibilidades;
  - n. **Portanto, de posse dessas informações:**
3. **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 possam ser necessários. Por tal razão autorizo o(a) cirurgião(ã), o(a) anestesiológico(a) e toda sua equipe a realizarem os atos necessários condizentes com a nova situação que, eventualmente, venha a se concretizar.
  4. **Eu entendo** que tanto o(a) médico(a) quanto sua equipe se obrigam unicamente a usar todos os meios técnicos e científicos à sua disposição para tentar atingir um resultado desejado que, porém, não é certo. Não sendo a Medicina uma ciência exata, fica impossível prever matematicamente um resultado para toda e qualquer prática cirúrgica, razão pela qual aceito o fato de que **não me podem ser dadas garantias de resultado**, tanto quanto ao percentual de melhora, como em aparência de idade ou, mesmo, a permanência dos resultados atingidos.
  5. **Eu concordo** em cooperar com o médico responsável por meu tratamento até meu restabelecimento completo, **fazendo a minha parte** no contrato médico/paciente. Sei que devo aceitar e seguir as determinações que me forem dadas (oralmente ou por escrito), pois se não fizer a minha parte poderei comprometer o trabalho do(a) profissional, além de pôr em risco minha saúde e meu bem estar ou, ainda, ocasionar seqüelas temporárias ou permanentes.
  6. **Eu compreendo** e aceito o fato de 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 médico-cirúrgicas.
  7. **Eu autorizo** o registro (foto, som, imagem, etc.) dos procedimentos necessários para a(s) cirurgia(s) proposta(s) por compreender que tais registros, além de serem uma exigência médico-legal, ainda representam uma alternativa importante de estudo e de informação científica.
  8. **Eu aceito** o fato de que a utilização das próteses de mama, por mim solicitada, expõe a possibilidade de um futuro endurecimento, modificação da forma e dor local, ocorrências estas que podem ser uni ou bilaterais, sendo devidas exclusivamente ao silicone e à reação particular do meu organismo àquela substância. Este fenômeno (retração capsular), me foi claramente explicado pelo médico, que enfatizou a minha necessidade de conhecer e aceitar este risco, antes de me submeter à cirurgia de colocação de prótese mamária.
    - 8.1 **Eu aceito** este risco e o fato de que a ocorrência daquele fenômeno implicará na necessidade de nova(s) cirurgia(s) com troca de prótese. Esta(s) nova(s) cirurgia(s) poderá(ão) ou não resolver o problema, podendo em certos casos ser preciso efetuar a retirada total e definitiva das próteses, ficando, então, as mamas de tamanho menor e com forma diferente da anterior à colocação da prótese.
    - 8.2 **Estou ciente** que estas cirurgias e próteses implicarão em custos adicionais para mim.

9. **Estou ciente** que: as prótese de mento (queixo) podem, em alguns casos, sofrer deslocamentos e/ou exposição através da mucosa da boca. Nestes casos, será necessário retirar a prótese, o que pode ser definitivo. Em outros casos, que são raros, as próteses com o decorrer dos anos, podem provocar erosão óssea na mandíbula, acompanhada de dor e eventual prejuízo para a denteção local.
10. **Estou ciente** que pode ocorrer limitação das minhas atividades cotidianas por período de tempo indeterminado.

Eu declaro que me foi fornecida a oportunidade de **esclarecer todas as minhas dúvidas** relativas ao ato cirúrgico ao qual, voluntariamente, irei me submeter, bem como, as formas disponíveis de anestesia, os riscos e prejuízos envolvidos e os riscos do não tratamento, razão pela qual **autorizo** o profissional acima designado a realizar o(s) procedimento(s) necessário(s).

**11. Oferecer serviços de alta qualidade com o menor custo possível é nossa meta. A perda da relação custo/ benefício pode prejudicar a eficiência dos resultados, pois não aceitamos abrir mão de materiais, equipamentos e instalações adequados para priorizar custos inferiores. Os custos podem ser menores assim como a qualidade. Assim, a sua segurança e tranqüilidade valem muito mais e devem ser uma prioridade.**

**12. Em relação às despesas hospitalares extras como taxas, diárias adicionais, medicamentos de uso esporádico e em situações imprevistas, exames laboratoriais feitos no hospital ou em outras instituições, transfusões sanguíneas, transferências para outros hospitais, etc; estas serão tratadas no departamento competente da instituição. Não sendo situações previstas e esperadas nestes procedimentos, estas despesas serão de responsabilidade do(a) paciente ou responsável, inclusive internações hospitalares pós cirurgia por intercorrências, inclusive internações em UTI / CTI.**

**13. Deve também ficar registrado e esclarecido que os retoques operatórios, se necessários, não serão cobrados pelo cirurgião, quando realizados de acordo com a avaliação criteriosa e na observância dos fatores técnicos e em tempo adequados. Caberá ao(à) paciente, no entanto, arcar com as despesas hospitalares e do anestesista. Isto é tradicionalmente aceito dentro e fora do Brasil e deve ser compreendido por todos.**

**14. Esclarecemos também, que complicações que ocorram imediatamente após a cirurgia ou no período de internação tais como: hematomas, sangramentos, deiscência, etc, serão devidamente corrigidas cirurgicamente sem pagamentos à equipe cirúrgica, porém com pagamento extra ao hospital e anestesista.**

Belo Horizonte, ..... de ..... de .....

\_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) paciente ou responsável

Testemunha : ..... RG:  
.....

## ADENDO AO TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

### CONSENTIMENTO PARA RETOQUE OU REFAZIMENTO DE CIRURGIA ANTERIOR

**1. Eu** ....., por minha livre e espontânea vontade irei me submeter à(s) cirurgia(s) de:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**2. Declaro estar ciente** que em se tratando de **Retoque ou Refazimento de Cirurgia Anterior** (que já não atingiu resultado satisfatório), não poderei exigir do(a) cirurgião(ã) que seu trabalho alcance agora a perfeição.

**3. Estou ciente**, também, que ele(a) tudo fará para alcançar o melhor resultado, dentro das limitações que uma área já anteriormente operada pode vir a apresentar.

**4. Entendo também** que uma cirurgia plástica nem sempre alcança seu melhor resultado com apenas um procedimento cirúrgico, sendo que retoques são necessários e fazem parte integrante desta especialidade, razão também deste(s) procedimento(s) ao(s) qual(is) vou me submeter e para o(s) qual(is) estou dando meu consentimento.

**5. A minha escolha** deste(a) profissional baseou-se na confiança que nele(a) deposito e no conceito profissional que goza junto aos seus pares. Por tal razão entendo que dará o melhor de si, sem contudo se vincular a um resultado pré-estabelecido ou pré-determinado.

**6. Por estar conscientizada(o)** de que a Medicina não é uma ciência exata, e que cada organismo reage de maneira individualizada e personalíssima, firmo a presente declaração, confirmando que fui devidamente informada(o) sobre as possíveis limitações que o meu caso possa vir a oferecer.

Belo Horizonte, ..... de ..... de .....

.....  
Paciente ou responsável

Testemunha : .....

CPF:

**DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE INFORMAÇÕES**

Eu, ....., portador(a) da identidade nº....., declaro que recebi de parte do Dr. Jorge Antônio de Menezes, médico, inscrito no CRMMG nº 19854, cirurgião plástico, Titular (Membro) da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, todas as informações necessárias para o bom entendimento dos procedimentos cirúrgicos aos quais irei me submeter.

Declaro estar ciente de tudo, inclusive dos riscos oferecidos e do resultado que pode ser apenas relativo, já que determinado pela individualidade de cada ser e na dependência da resposta do meu organismo.

Declaro que me foi oferecido a oportunidade de esgotar quaisquer dúvidas sobre o(s) procedimento(s) anestésico-cirúrgico(s) ao(s) qual(is) irei me submeter, bem como dos riscos inerentes aos mesmos.

Declaro, pois, que **recebi, li e entendi** os seguintes documentos informativos:

- ( ) - CONSENTIMENTO INFORMADO
- ( ) - INFORMAÇÕES GERAIS E ESPECÍFICAS DA CIRURGIA PROPOSTA
- ( ) - CONSENTIMENTO PARA RETOQUE OU REFAZIMENTO DE CIRURGIA ANTERIOR

( ) - OUTROS. Especificar:  
.....

Belo Horizonte, ..... de ..... de .....

.....

Paciente ou responsável

Testemunha : ..... CPF:  
.....

ESTHETIC CARE

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS – POR FAVOR, LEIA ATENTAMENTE**

Após as explicações supracitadas, esclarecemos que em cirurgia plástica não há promessa de resultados o que, eticamente, não fazemos.

Sua cirurgia será realizada segundo técnicas cirúrgicas consagradas e publicadas cientificamente. Nossa Equipe fará o possível para garantir a qualidade do serviço e seu bem estar, porém frisamos que não prometeremos resultados, uma vez que a própria medicina não é uma ciência exata e dependeremos da sua reação orgânica pós cirúrgica para o alcance de nossos objetivos.

**MUITO IMPORTANTE:** É comum que suas expectativas em relação à cirurgia plástica sejam maiores que os resultados obtidos, mas lembre-se que as alterações em seu corpo tornam limitadas as possibilidades da cirurgia e que ela é realizada por cirurgiões que também possuem limitações humanas.

**Consulte informações sobre seu cirurgião plástico junto à Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica pelo site na internet ou pelo telefone:**

### **SBCP NACIONAL**

**Fone: (11) 3826-1499 / 3826-1710**

**Site: [www.cirurgioplastica.org.br](http://www.cirurgioplastica.org.br)**

### **SBCP Regional/MG**

**Fone: (31) 3275-1488**

**“Lembre-se de ler também as orientações gerais em cirurgia plástica que sempre são entregues junto com este informativo.”**