



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
TRATAMENTO MÉDICO-CIRÚRGICO DA CIRURGIA DA OBESIDADE
www.acimadopeso.com - contato@acimadopeso.com

Dr. Rogério Lemos – cirurgião geral e bariátrico
Dr. Izidoro de Hiroki Flumignan – clínica médica e endocrinologia
Dra. Dirce de Sá Freire – psicóloga e psicanalista.
Dra. Helena Muller – psicóloga e psicanalista.
Dra. Andréa Cony A. de Miranda – nutricionista.

Eu,....., ID....., CPF.....recebi explicações detalhadas sobre a doença que possuo, bem como o procedimento cirúrgico a que deverei ser submetido(a), as complicações previstas na literatura médica especializada, seus riscos, problemas potenciais, e chances de sucesso. Estou ciente, que não há de se imputar responsabilidade indenizatória ao médico, em face do insucesso da intervenção cirúrgica, se não restar evidente sua conduta culposa, uma vez que o compromisso assumido constitui obrigação de meio e NÃO DE RESULTADOS. Estou ciente que quando for realizada a intervenção prescrita ao paciente, com a técnica adequada, não se pode atribuir à negligência, imprudência ou imperícia do cirurgião as conseqüências desfavoráveis, provenientes de um mal evolutivo, decorrente de um processo inflamatório e/ou de um processo inespecífico. Recebi informações suficientes sobre as alternativas de tratamento e as conseqüências de abdicar do tratamento. Entendo, que do meu tratamento médico-cirúrgico, irão participar outros médicos e profissionais da área de saúde. Autorizo a equipe médica a realizar durante o ato cirúrgico, em caso de necessidade ou diante de um achado inesperado, qualquer procedimento adicional que vise meu benefício, controle ou cura dessas ou de outra patologia. Entendo que serei submetido a procedimento anestésico sob a responsabilidade de um médico anesthesiologista. Autorizo a realização de fotos e/ou vídeos para documentação, que poderão ser utilizadas com finalidades científicas. Tive a oportunidade de fazer todas as perguntas e não tenho dúvidas sobre meu tratamento. Entendo também que, como todo procedimento médico, meu tratamento não é isento de riscos e que o resultado pode não ser o esperado.

Rio de Janeiro,

Nome completo do paciente com número do RG e CPF, endereço completo, telefones e e-mail