



TERMO DE CONSENTIMENTO EM LIBERDADE

1) Declaro que fui suficientemente esclarecido pelo Dr.(a) Nemi Sabeh Junior  
sobre o procedimento a que vou me submeter ou a que ser submetido (a)

2) (Nome do Paciente): Julia Leon Nogueira Santa Blazina do qual sou responsável legal.

3) Nome do procedimento: Exatuna de clavícula

4) Lateralidade (se aplicável) \_\_\_\_\_ (X) Direito ( ) Esquerdo

Fui informado pelo meu médico(a) sobre o diagnóstico, objetivos do tratamento cirúrgico, principais riscos, benefícios e alternativas existentes ao procedimento proposto.

Fui também orientado(a) sobre a possibilidade de ocorrer complicações durante e após a realização do procedimento a que vou ser submetido, pois durante a realização de qualquer procedimento invasivo e/ou cirurgia existe o risco de acontecer situações imprevistas e complicações tais como: sangramento, complicações cardiovasculares, infecções, etc.

É possível que durante a realização do procedimento, seja necessária realização de biópsia e o material coletado ser submetido a uma análise anatomopatológica. O hospital encaminha esta amostra para laboratório cadastrado e o transporte é realizado de maneira que atenda a legislação vigente.

Estou ciente que posso solicitar esclarecimentos das dúvidas que possam surgir em qualquer fase do tratamento.

Pelo presente, declaro expressamente minha concordância e meu consentimento para realização do procedimento acima descrito e o transporte e amostra, se for necessário.

Assis. 25 de Abril de 20 18

Nome: Roseli n. S. Blazina RG: 12151772-X

Assinatura: [assinatura]

Testemunha: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

De acordo com meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável está(ão) em condições de compreender o que lhes foi informado.

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

Assinatura: \_\_\_\_\_ Dr. Nemi Sabeh Jr.  
Ortopedia e Medicina Esportiva

CRM e/ou carimbo(legível): \_\_\_\_\_ CRM 104.568