

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Paciente: Fulano da Silva
Dr. William Franco de Oliveira

Considerando os artigos 6º III e 39º VI da Lei 8.078/90 do Código de Defesa do Consumidor, que garantem ao paciente a plena informação sobre seu estado de saúde, eu, acima identificado, em pleno gozo de minhas faculdades mentais, AUTORIZO o cirurgião dentista supracitado e os demais profissionais vinculados à minha assistência a realizar o(s) seguinte(s) procedimento(s) cirúrgico(s):

- Remoção de parte da Bola de Bichat com fins estéticos-funcionais para melhorar a harmonia do sorriso e espaço mastigatório.

Os procedimentos propostos foram devidamente explicados quanto aos seus benefícios, riscos, complicações e alternativas possíveis, e tive a oportunidade de fazer perguntas, respondidas satisfatoriamente, em linguagem compreensível, permitindo o adequado entendimento, inclusive quanto aos benefícios e/ou complicações potenciais e riscos cirúrgicos.

Estou ciente de que, para realização do(s) procedimento(s) acima especificado(s), poderá causar tais complicações no ato cirúrgico: Hemorragia, infecção, danos às estruturas adjacentes como nervo facial causando dificuldade motora nos músculos da face; rompimento do ducto da glândula parótida transportadora de saliva e hematomas.

Sei também que poderá ser necessária transfusão de sangue em caso de hemorragia, sobre a qual fui devidamente informado dos riscos, ficando desde já pré-autorizada.

Assim, se a evolução do quadro de saúde representar riscos à vida do paciente, estou ciente de que serão adotados os procedimentos médicos e hospitalares recomendáveis e necessários, ficando estes desde já autorizados. Sei que o resultado estético pode ser leve, moderado ou intenso, de acordo com a anatomia da Bola de Bichat que será retirada. Também pode ocorrer o cancelamento da retirada da Bola de Bichat em caso de dificuldades anatômicas. Estou ciente das recomendações pós-operatórias, dos cuidados que devo ter e das medicações que preciso tomar corretamente para que o resultado não fique comprometido. Pleno deste entendimento, autorizo a realização do procedimento proposto. Estou ciente de que, para realizar o(s) procedimento(s) acima especificado(s), será necessária aplicação de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do cirurgião dentista e/ou equipe médica.

Luanda, 20/09/2024

Assinatura do paciente ou responsável _____
Fulano da Silva