



# ADMISSÃO E SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE CIRÚRGICO

Paciente: **AILSON ALMEIDA DANTAS**

Sexo: ☐ Fem. ☐ Masc. Data Nasc. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Convênio: SUS

Médico Solicitante: LEANDRO FROES BATISTA Serviço: NEUROCIRURGIA

Data de Solicitação da Internação: \_\_\_\_\_ Data Prevista da Cirurgia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## HMA

TRATA-SE DE PACIENTE COM QUADRO DE DOR REFRATÁRIA DE FORTE INTENSIDADE (ETIOLOGIA NEUROPÁTICA - MIELITE TRANSVERDA - EM USO DE BOMBA DE INFUSÃO DE FARMACOS INTRATECAL - NECESSITANDO RECARGA . SOLICITADO 04.03.05.003-0 - BLOQUEIOS PROLONGADOS DE SISTEMA NERVOSO PERIFÉRICO / CENTRAL COM BOMBA DE INFUSÃO

## HISTÓRIA PREGRESSA

Comorbidades? ☐ Não ☐ Desconhecido ☐ Sim ☐ DM ☒ HAS ☐ DPOC ☐ I. Renal ☐ Outros

História de Alergias? ☒ Não ☒ Desconhecido ☐ Sim, Quais?

Uso de Medicação Domiciliar? ☐ Não ☐ Desconhecido ☒ Sim, Quais/Quando?

Outras informações importantes? gabapentina 600mg tid, nortriptilina, baclofeno, clonazepam, risperidona

## EXAME FÍSICO

Temp: 36 °C PA: 120 /80 mmHg FC: 72 bpm FR: 16 irpm Pulso: 72

## DEFINIÇÃO DO PLANO TERAPÊUTICO

Hipótese Diagnóstica/ CID: DOR REFRATARIA

## EXAMES

Exames a serem realizados:

☐ Laboratoriais ☐ RX ☐ TC ☐ US ☐ RNM ☐ ECG ☐ OUTROS: \_\_\_\_\_

Exames externos disponíveis:

☐ Laboratoriais ☐ RX ☐ TC ☐ US ☐ RNM ☐ ECG ☐ OUTROS: \_\_\_\_\_

## INFORMAÇÕES CIRÚRGICAS

Tipo de Procedimento Cirúrgico Previsto: 04.03.05.003-0 - BLOQUEIOS PROLONGADOS DE SISTEMA NERVOSO

Topografia/ Lateralidade Cirúrgica: ☐ Direito ☐ Esquerdo ☐ Bilateral ☒ NA ☐ Múltiplos Níveis: \_\_\_\_\_

Necessidade de Reserva de Hemocomponentes? ☐ Sim ☒ Não (Se sim, preencher Formulário de Reserva).

Necessidade de vaga no CTI? ☐ Sim ☒ Não

Anestesia local: ☐ Sim ☒ Não

## MATERIAIS/APARELHOS PARA O PROCEDIMENTO

☐ Ótica ☒ Intensificador de imagens ☐ Aspirador de secreção ☐ Microscópio ☐ Manta térmica

☐ Vídeo ☐ Fonte de Luz ☐ Eletrocautério de Argônio

☐ OPME – Quais? \_\_\_\_\_

## CONDUTA

Orientações Especiais/Restrições? \_\_\_\_\_

Jejum \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a partir das \_\_\_\_\_ (23 horas do dia anterior ao procedimento).

## EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

☐ Enfermeiro ☐ Fisioterapia ☐ Nutricionista ☐ Médico Especialista: \_\_\_\_\_

☐ Outros: \_\_\_\_\_

PREVISÃO DE PERMANÊNCIA \_\_\_\_\_ Dias

À Portaria:

Solicito internar o paciente acima sob os cuidados de Dr. (a) LEANDRO FROES BATISTA

Assinatura/ CRM \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_



Ministério  
da  
Saúde



HOSPITAL SANTA CASA DE MONTES CLAROS  
Praça Honorato Alves, 22, Centro – Montes Claros/MG Tel: (38) 3229-2000



## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação de Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL SANTA CASA DE MONTES CLAROS

2 - CNES

2 1 4 9 9 9 0

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

IRMANDADE NSA SRA MERCÊS MONTES CLAROS

2 - CNES

2 1 4 9 9 9 0

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

AILSON ALMEIDA DANTAS

6 - Nº. DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

MASC ☐ 1 ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA

14 - COD IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINTOMAS CLÍNICOS

TRATA-SE DE PACIENTE COM QUADRO DE DOR REFRATÁRIA DE FORTE INTENSIDADE (ETIOLOGIA NEUROPÁTICA - MIELITE TRANSVERDA - EM USO DE BOMBA DE INFUSÃO DE FARMACOS INTRATECAL - NECESSITANDO RECARGA . SOLICITADO 04.03.05.003-0 - BLOQUEIOS PROLONGADOS DE SISTEMA NERVOSO PERIFÉRICO / CENTRAL COM BOMBA DE INFUSÃO

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

04.03.05.003-0 - BLOQUEIOS PROLONGADOS DE SISTEMA NERVOSO PERIFÉRICO / CENTRAL COM BOMBA DE INFUSÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame clínico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

DOR REFRATARIA

21 - CID 10 PRINCIPAL

M48

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04 03 05 003-0 - BLOQUEIOS PROLONGADOS DE SISTEMA NERVOSO 0403050030

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

50 - Data Interna

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

NEUROCI

ELETIVA

CNS

705.0066.7071.6058

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

LEANDRO FROES BATISTA

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO TÍPICO

35 - ☐ ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 CBOR

42 - VÉCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO

☐ EMPREGADOR

☐ AUTÔNOMO

☐ DESEMPREGADO

☐ APOSENTADO

☐ NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

44 - ORGÃO EMISSOR

53 - TIPO

51 - SITUAÇÃO LAUDO

☐ CANCELADO

☐ AUTORIZADO

☐ MP

52 - PROBLEMA

☐ SIM

☐ NÃO

45 - DOCUMENTO

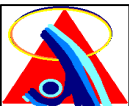
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

☐ CNS ☐ CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



# AValiação DO RISCO DE TEV – TROMBOEMBOLISMO VENOSO EM PACIENTE CIRÚRGICO



NOME: **AILSON ALMEIDA DANTAS**

Nº ATENDIMENTO

SETOR:

DATA: \_\_/\_\_/\_\_

☐ **Cirurgia de Risco Alto**

☒ **Cirurgia de Porte Médio ou Alto (Duração ≥ 60 min)**

☒ **Cirurgia de Pequeno Porte com duração < 45 min e internação < 2 dias**

- ☐ Artroplastia de quadril
- ☐ Artroplastia de joelho
- ☐ Artrodese de coluna
- ☐ Fratura de quadril
- ☐ Oncológica
- ☐ Politrauma
- ☐ Trauma raquimedular

☒ > 60 anos

☐ 40 - 60 anos

☐ < 40 anos

Fatores de risco\* para TEV?

SIM

NÃO

Fatores de risco\* para TEV?

SIM

NÃO

- ☐ Endoscópica<sup>1</sup>
- ☐ Laparoscópica
- ☐ Superficial (mama, plástica, dermatológica)
- ☐ Oftalmológica
- ☒ Outra:

☐ **RISCO ALTO**

☐ **RISCO INTERMEDIÁRIO**

☐ **RISCO BAIXO**

☐ **Classificação pelo enfermeiro**

☐ **Contra indicação impede profilaxia medicamentosa?**

- ☐ Sangramento ativo
- ☐ Úlcera péptica ativa
- ☐ HAS não controlada (> 180 X 110 mmHg)
- ☐ Coagulopatia (plaquetopenia ou INR > 1,5)
- ☐ Alergia ou plaquetopenia por heparina
- ☐ Insuficiência renal (Cl Cr\* < 30 ml/min)
- ☐ Coleta de LCR < 2h
- ☐ Paciente em uso de anticoagulante

NÃO ☐

☐ **PROFILAXIA MEDICAMENTOSA**

**Medicação<sup>2</sup>**  
**Enoxaparina\***

|  | Risco alto | Intermediário |
|--|------------|---------------|
|  | 40 mg 1x/d | 20 mg 1x/d    |

**Tempo de profilaxia recomendado**

|                          |                    |
|--------------------------|--------------------|
| ATQ e Fratura de quadril | 4 a 5 semanas      |
| ATJ                      | Pelo menos 10 dias |
| Oncologia <sup>3</sup>   | 3 a 4 semanas      |
| Politrauma e TRM         | Até recuperação    |
| Demais                   | 7 a 10 dias        |

**\*Marcar fatores de risco para TEV presentes**

- |                                                           |                                                                  |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Câncer                           | <input type="checkbox"/> Insuficiência arterial periférica       |
| <input type="checkbox"/> Acesso Venoso Profundo           | <input type="checkbox"/> Internação em UTI                       |
| <input type="checkbox"/> D. Inflamatória intestinal ativa | <input type="checkbox"/> Obesidade (IMC > 30 Kg/m <sup>2</sup> ) |
| <input type="checkbox"/> Doença respiratória grave        | <input type="checkbox"/> Paresia ou paralisia de MMII            |
| <input type="checkbox"/> Doença reumática ativa           | <input type="checkbox"/> Químico/ Hormonioterapia                |
| <input type="checkbox"/> Gravidez/ puerpério              | <input type="checkbox"/> Reposição hormonal/ Contraceptivos      |
| <input type="checkbox"/> ICC classe III ou IV             | <input type="checkbox"/> Síndrome nefrótica ativa                |
| <input type="checkbox"/> História prévia de TEV           | <input type="checkbox"/> Trombofilias                            |
| <input type="checkbox"/> Infecção                         | <input type="checkbox"/> Varizes/ Insuficiência venosa           |
| <input type="checkbox"/> AVC                              | <input type="checkbox"/> IAM                                     |

1 - Inclui ressecção prostática transuretral

2 - Em cirurgia bariátrica, considerar doses maiores: enoxaparina 40 mg 2x/dia.

3 - Estudos principalmente em cirurgia abdominal e pélvica, potencialmente curativa.

Alguns casos não podem ser contemplados pelo algoritmo e deverão ser avaliados individualmente

Assinatura e carimbo do profissional responsável pela classificação: \_\_\_\_\_



**Prontuário:**

[illegible]



## CONSENTIMENTO INFORMADO

Por este instrumento particular o(a) paciente AILSON ALMEIDA DANTAS ou seu responsável, Sr.(a) \_\_\_\_\_, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico(a) assistente, Dr.(a) LEANDRO FROES BATISTA, inscrito(a) no CRM- 76982 sob o nº \_\_\_\_\_ para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado 04.03.05.003-0 - BLOQUEIOS”, e todos os procedimentos que o incluem, ***inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer***, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o referido(a) médico(a), atendendo ao disposto no art. 59º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

## POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES:

SANGRAMENTOS, INFECÇÕES, PIORA DE DÉFICIT NEUROLÓGICO COM ALTERAÇÕES DE MOVIMENTAÇÃO E SENSIBILIDADE.

## POSSÍVEL RISCO:

## INFECÇÃO HOSPITALAR:

1. **Cirurgias limpas** – 2% (são aquelas que não apresentam processo infeccioso e inflamatório local e durante a cirurgia, não ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);
2. **Cirurgias potencialmente contaminadas** – 10% (aquelas que necessitam drenagem aberta e ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);
3. **Cirurgias contaminadas** – 20% (são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizadas e abertos, colonizadas por flora bacteriana abundante de difícil ou impossível descontaminação, sem supuração local). Presença de inflamação aguda na incisão cirúrgica e grande contaminação a partir do tubo digestivo. Inclui obstrução biliar e urinária.
4. **Cirurgias infectadas** – 40% (são aquelas realizadas na presença do processo infeccioso (supuração local) e/ou tecido necrótico).

Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, comprometendo-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente). Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento. Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Irmandade Nossa Senhora das Mercês de Montes Claros - MG \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

Assinatura do(a) paciente

Assinatura do(a) Médico responsável

Assinatura do(a) responsável paciente

RG nº \_\_\_\_\_

Registro nº \_\_\_\_\_

RG nº \_\_\_\_\_



# SOLICITAÇÃO DE SANGUE E COMPONENTES

## Unidade Administrativa: SANTA CASA DE MONTES CLAROS

|                                                                                                     |                                        |                                      |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|-------------|
| Paciente: AILSON ALMEIDA DANTAS                                                                     |                                        | Dt Nasc.: / /                        | Idade: anos |
| Nome da Mãe:                                                                                        |                                        |                                      |             |
| Sexo:                                                                                               |                                        | Peso:                                |             |
| Atendimento: ( ) Hospitalar ( ) Ambulatorial                                                        |                                        | Convênio: SUS                        |             |
| Hemoglobina:                                                                                        | Plaquetas: /mm <sup>3</sup>            | Hematócrito:                         |             |
| Diagnóstico e Indicação Clínica: DOR REFRACTARIA                                                    |                                        |                                      |             |
| Cirurgia Proposta: 04.03.05.002.0 - DISTÚRBIOS PROLONGADOS DE SISTEMA NERVOUSO PERIFÉRICO / CENTRAL |                                        |                                      |             |
| Recebeu transfusão: ( ) Sim ( ) Não                                                                 | Histórico Gestacional: ( ) Sim ( ) Não | Reação à transfusão: ( ) Sim ( ) Não |             |

### REQUISIÇÃO

| « » ml de Concentrado de Hemácias                 | TIPO DE ATENDIMENTO |        |          |            |
|---------------------------------------------------|---------------------|--------|----------|------------|
|                                                   | TRANSFUSÃO          |        |          |            |
| « » ml de Plasma Fresco Congelado                 | Programada          | Rotina | Urgência | Emergência |
| « » Unidades de Concentrados de Plaquetas         |                     |        |          |            |
| « » Unidades de Crioprecipitado                   |                     |        |          |            |
| « » ml de Concentrado de Hemácias Lavadas         |                     |        |          |            |
| « » ml de Concentrado de Hemácias Desleucotizadas |                     |        |          |            |
| « » ml de Concentrado de Hemácias Irradiadas      |                     |        |          |            |
| « » Outros(especificar)« »                        |                     |        |          |            |
| « » ml de Concentrado de Hemácias                 |                     |        |          |            |
| « » ml de Plasma Fresco Congelado                 |                     |        |          |            |
| « » Unidades de Concentrados de Plaquetas         |                     |        |          |            |

**Programada:** Para determinado dia e hora. **Rotina:** A se realizar dentro das 24 horas. **Urgente:** A realizar dentro das 3 horas. **Emergência:** Quando o retardo na administração da transfusão pode acarretar risco para a vida do paciente.

( ) Cirurgia Programada no dia: \_\_/\_\_/\_\_

( ) Transfusão de Emergência - sem teste de compatibilidade (ver abaixo).

<< \_\_\_\_\_ >> ml de Concentrado de Hemácias

<< \_\_\_\_\_ >> ml de Sangue Total

### TRANSFUSÃO DE EMERGENCIA, SEM TESTE DE COMPATIBILIDADE

Só é indicada em raríssimas exceções e de ALTO RISCO DE VIDA. Será realizada a classificação sanguínea do paciente e reclassificado o doador, não sendo efetuada a PROVA DE COMPATIBILIDADE PRÉ TRANSFUSIONAL (PROVA CRUZADA), mas as provas de compatibilidade devem ser realizadas até o final mesmo que a transfusão já tenha sido completada. Portanto, o risco de reação hemolítica por anticorpos irregulares existirá e será de responsabilidade do médico requisitante, isentando o Serviço de Hemoterapia das consequências delas advindas.

**Obs:** Transfusão de emergência é quando 40 minutos (tempo para realização do teste de compatibilidade) colocar a vida do paciente em risco.

Data: \_\_/\_\_/\_\_

Médico Solicitante

Nome legível /Carimbo

### COMPONENTES, CONTEÚDO E INDICAÇÕES

- CONCENTRADO DE HEMÁCIAS: Volumes de até 300 ml, hemácias, pouco plasma expansor, leucócitos e seus produtos de degradação. Aumenta a massa de eritrócitos do paciente.
- CONCENTRADO DE HEMÁCIAS LAVADAS: Usada em pacientes politransfundidos e que apresentam reações às proteínas plasmáticas.
- CONCENTRADO DE HEMÁCIAS DELEUCOTIZADAS: sofre processo de filtração com retirada dos leucócitos e deve ser usada em RN, mulheres grávidas e pacientes com possíveis riscos de sensibilização pelos leucócitos.
- CONCENTRADO DE PLAQUETAS: Volume de até 50 ml, plaquetas, poucos leucócitos e plasma expansor. Corrige trombocitopenias.
- CRIOPRECIPITADO: Até 80 UI por bolsa, fatores de coagulação VIII e I. Tratamento da Hemofilia A e doença de Von Willebrand. Correção de Hipofibrinogenemia.
- PLASMA FRESCO CONGELADO: Volume de até 200 ml, todos os fatores plasmáticos da coagulação. Não possui plaquetas. Tratamento de coagulopatias, principalmente hemofilia B.
- COMPONENTES IRRADIADOS: Usados em pacientes submetidos a transplantes e RN.



## IRMANDADE NOSSA SENHORA DAS MERCÊS DE MONTES CLAROS

Transfusão de Componentes de Sangue ou de seus Hemoderivados

### CONSENTIMENTO INFORMADO

Por este instrumento particular o(a) paciente AILSON ALMEIDA DANTAS ou seu responsável Sr.(a) \_\_\_\_\_, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico(a) assistente, Dr.(a) LEANDRO FROES BATISTA, inscrito(a) no CRM- \_\_\_\_\_ para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento designado “**TRANSFUSÃO DE COMPONENTES DE SANGUE OU DE SEUS HEMODERIVADOS**”, e todos os procedimentos que o incluem, ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer; além permitir **novas transfusões de hemocomponentes durante todo o período de sua internação**, podendo também o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o referido(a) médico(a), atendendo ao disposto no art. 59º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

**DEFINIÇÃO:** a transfusão de componentes de sangue ou de seus hemoderivados refere-se a transfusão da parte específica do sangue que o paciente mais necessita, permitindo que o paciente (receptor) receba hemoterapia específica mais efetiva e usualmente mais segura do que o uso do sangue total.

#### REAÇÕES ADVERSAS:

As complicações mais freqüentes são:

1. Febre;
2. Alergia;
3. Anafilática;
4. Hemolítica: destruição dos glóbulos vermelhos transfundidos;
5. Sobrecarga circulatória: mais comuns em pacientes com problemas cardíacos ou pulmonares;
6. Embolia gasosa;
7. Hipotermia: diminuição da temperatura corpórea;
8. Hipocalcemia: baixa no nível de cálcio sérico;
9. Contaminação bacteriana.

Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, compromissando-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente). Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado **não assegura a garantia de cura**, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento. **Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.**

Irmandade Nossa Senhora das Mercês de Montes Claros - MG \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) paciente

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) médico(a)

RG nº: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_

RG nº: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_

Código de Ética Médica – Art. 59º - É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal. Lei 8.078 de 11/09/1990 – Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 9º - O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto. Art. 39º - É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI – executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.