

<b>Paciente:</b>	
<b>Estado civil:</b>	<b>Profissão:</b>
<b>RG: CPF:</b>	
<b>Endereço:</b>	
<b>Telefone: ( )</b>	
<b>E-mail:</b>	
<b>Data da realização do procedimento:</b>	

**Médico responsável: Ingrid Manoela Amaral Cardoso de Aguiar**  
**Endereço: Rua Almirante Lamego, 201. Florianópolis/SC CRM SC 32180 RQE n°: 21498**

Por este Instrumento Particular, a parte acima qualificada e o médico também qualificado, formalizam nos termos dos artigos 31 e 34 do Código de Ética Médica, art. 422 do Código Civil Brasileiro, e, Recomendação 01/2016 do Conselho Federal de Medicina, o presente **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, nos exatos termos do processo informacional verbal realizado em consultório médico, em que o paciente foi prévia e devidamente informado e esclarecido, com linguagem clara e acessível, tendo tido a oportunidade de sanar todas as suas dúvidas acerca do procedimento, à que voluntariamente deseja submeter-se, estando ciente da natureza da OBRIGAÇÃO assumida pelo médico, bem como, dos RISCOS e COMPLICAÇÕES, que podem advir, nos exatos termos das cláusulas abaixo:

#### 1 - DO PROCEDIMENTO

- 1.1. Plicomas anais são excessos de pele e tecido na região perianal, que podem surgir isoladamente ou associados a condições como fissura anal, hemorroidas e resultado de intervenções cirúrgicas na região.
- 1.2. O procedimento consiste na retirada (ou, em alguns casos, cauterização/retração) do plicoma utilizando laser de CO2 fracionado. Pode ser necessária a utilização de pontos para fechamento da área operada.
- 1.3. O uso do laser pode proporcionar um tempo de cicatrização mais rápido e a formação de cicatrizes mais harmônicas esteticamente, no entanto, o uso do laser não parece reduzir a dor pós-operatória.
- 1.4. O procedimento pode NÃO ser tratamento definitivo, podendo ter reaparecimento do quadro.
- 1.5.

**Entendi as informações acima relacionadas ao procedimento:**

( ) SIM ( ) NÃO

**Espaço para Dúvidas:**

---

---

---

**Rubrica do paciente:** \_\_\_\_\_

#### 2 - DOS RISCOS GERAIS DO PROCEDIMENTO:

- 2.1 Como esperado em qualquer procedimento invasivo dor localizada; inflamação; sensação de formigamento; diminuição da sensibilidade; sensibilidade anormal à compressão; inchaço; endurecimento; retenção de líquido; manchas vermelhas na pele; coceira; infecção localizada; hematoma; sangramento; ardor e/ou equimoses podem estar associadas ao tratamento.

2.2 Efeitos adversos comuns que podem ocorrer: sangramento anal ou drenagem de secreção em pequena quantidade, sem alteração da pressão ou da frequência cardíaca; e dor pós-operatória que pode durar até a cicatrização completa do canal anal.

2.3 Efeitos adversos incomuns que podem ocorrer: formação de ferimento com necessidade de tratamento clínico.

2.4 Efeitos adversos raros que podem ocorrer: formação de cicatriz inestética ou recidiva de plicomas; formação de áreas com aumento da pigmentação na pele na região da cirurgia; crise hemorroidária com retenção de líquidos e sangramento pela manipulação do plexo.

2.5 Efeitos adversos extremamente raros que podem ocorrer: formação de ferimento residual com necessidade de tratamento cirúrgico ou tratamento com toxina botulínica; formação de manchas roxas ou acúmulo de pus na área operada, necessitando tratamento.

2.6 Contraindicações a este procedimento: contraindicações anestésicas; estar gestante; e estar em uso isotretinoína.

**Entendi as informações acima relacionadas aos riscos do procedimento:**

( ) SIM ( ) NÃO

**Espaço para Dúvidas:**

---

---

---

**Rubrica do paciente:** \_\_\_\_\_

### **3 - DO REFINAMENTO CIRÚRGICO**

3.1 Refinamento é um procedimento complementar, que visa tentar alcançar o objetivo pretendido ou o melhor aspecto possível, conforme critérios técnicos e exclusivos do MÉDICO, e sendo necessário em hipótese alguma se configurará como equívoco, erro ou má-conduta do profissional, não sendo, portanto, passível de qualquer tipo de indenização.

3.2 Caso indicado o procedimento de refinamento, a data será agendada entre o médico e o paciente, sempre considerando-se as condições de saúde deste e os critérios técnicos avaliados pelo profissional, ciente o paciente de que, nesses casos, todos os riscos e deveres aqui indicados, também existirão no refinamento.

**Entendi as informações acima relacionadas ao refinamento e a reconsulta não representa erro ou equívoco do profissional, e que eventualmente será avaliada exclusivamente por critérios técnicos do médico:**

( ) SIM ( ) NÃO

**Espaço para Dúvidas:**

---

---

---

**Rubrica do paciente:** \_\_\_\_\_

**4 - DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS E RESPONSABILIDADES ASSUMIDAS PELO PACIENTE:**

4.1 Declaro que fui cientificado, devidamente orientado e esclarecido acerca dos deveres assumidos, bem como, de que eventuais descumprimentos da prescrição/recomendação poderão ocasionar DANOS irreversíveis de responsabilidade do próprio paciente.

4.2 Declaro para os devidos fins que todas as informações prestadas ao meu médico no momento da consulta são verdadeiras e integralmente compatíveis com meu estado de saúde, bem como, que sou:

Fumante: ( ) SIM ( ) NÃO	Cardiopata: ( ) SIM ( ) NÃO
Dependente químico: ( ) SIM ( ) NÃO	Diabético: ( ) SIM ( ) NÃO
Alcoolista: ( ) SIM ( ) NÃO	Sedentário: ( ) SIM ( ) NÃO

**5- DAS RECOMENDAÇÕES PÓS-PROCEDIMENTO**

5.1 O hábito intestinal deve ser mantido regular com alimentação balanceada e rica em fibras além do consumo de água.

5.2 O curativo realizado logo após a cirurgia deve ser mantido fechado por um período mínimo de 6 (seis) horas, podendo permanecer fechado por até 24 vinte e quatro horas após o procedimento.

5.3 Deve ser realizada higiene da região diária, de maneira geral cerca de 2 ou 3x ao dia (a depender da quantidade de secreção produzida pela ferida operatória).

5.4 Utilizar água e sabão para higienização.

5.5 Poderá ser utilizada pomada e/ou creme, após higiene da região conforme recomendação médica

5.6 Relações anorreceptivas estão contra-indicadas até a completa cicatrização do anal e liberação da médica

5.7 Atividade física : não realizar exercícios físicos intensos até a liberação da médica assistente.

5.8 Atividades diárias: estão liberadas desde que o paciente se sinta confortável para tal.

5.9 Qualquer efeito adverso não descrito anteriormente deve ser informado à equipe médica o quanto antes.

**Entendi e comprometo-me a seguir todas as determinações e orientações que me forem dadas, neste documento e posteriormente (oralmente e por escrito), pois se assim não o fizer, poderei comprometer o resultado final, ocasionando sequelas temporárias ou permanentes:**

( ) SIM ( ) NÃO

**Espaço para Dúvidas:**

---

---

---

**Rubrica do paciente:** \_\_\_\_\_

**6 - RETORNOS, PRESCRIÇÕES E RESPONSABILIDADE DO PACIENTE:**

6.1 Assume também o paciente a obrigação de comparecer a todos os retornos nos dias e horários agendados, ficando ciente de que, sua ausência configurará ABANDONO DE TRATAMENTO, respondendo o paciente por todos os riscos e danos advindos de sua conduta negligente.

6.2 O paciente compromete-se a comunicar IMEDIATAMENTE ao seu médico, qualquer tipo de intercorrência imediatamente entrar em contato com o médico, ou sua equipe, abstendo-se de qualquer tipo de automedicação ou autoprescrição.

**Entendi as informações acima:**

( ) SIM ( ) NÃO

**Espaço para Dúvidas:**

---

---

---

**Rubrica do paciente:** \_\_\_\_\_

**7- DO CONSENTIMENTO OU RECUSA:**

7.1 Reconheço que durante o procedimento, além dos riscos aqui previstos, podem também surgir situações ou elementos novos que não puderam ser previamente identificados e, em decorrência deste fato, outros procedimentos adicionais e/ou diferentes daqueles previamente programados podem se fazer necessários.

7.2 Autorizo, ainda, que qualquer tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, como parte dos procedimentos necessários para esclarecimento do diagnóstico.

7.3 Concordo, por fim, com a administração de anestésicos que sejam considerados necessários, sabendo dos seus riscos que possam vir a ocorrer.

Diante de tudo o que me foi explicitado oralmente, bem como, do que me informado por meio do presente Termo de Consentimento, DECLARO, que NÃO RESTAM QUAISQUER DÚVIDAS acerca dos riscos, recomendações pós-cirúrgicas e eventos adversos, que podem advir do procedimento, tendo-o assinado por livre disposição de vontade, na forma da lei.

Declaro ainda, que fui INFORMADO de que posso REVOGAR a qualquer tempo, antes do procedimento meu CONSENTIMENTO, bastando para tanto que comunique minha decisão ao meu médico e assine, conjuntamente com ele, o Termo de Revogação, que será disponibilizado no momento da declaração da vontade de não me submeter ao procedimento acima proposto.

( ) **CONSINTO** ( ) **RECUSO**

Com a realização do presente procedimento, agendado para o dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
assumindo integral responsabilidade pelo CONSENTIMENTO ora declarado.

Florianópolis SC, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
PACIENTE/RESPONSÁVEL LEGAL

Termo de consentimento livre e esclarecido  
**Tratamento não coberto pela  
operadora de saúde**

<b>Paciente:</b>	
<b>Estado civil:</b>	<b>Profissão:</b>
<b>RG: CPF:</b>	
<b>Endereço:</b>	
<b>Telefone: ( )</b>	
<b>E-mail:</b>	

**Médico responsável: Ingrid Manoela Amaral Cardoso de Aguiar**  
**Endereço: Rua Almirante Lamego, 201. Florianópolis/SC CRM SC 32180 RQE nº: 21498**

Por este Instrumento Particular, a parte acima qualificada e o médico também qualificado, formalizam nos termos dos artigos 31 e 34 do Código de Ética Médica, art. 422 do Código Civil Brasileiro, e, Recomendação 01/2016 do Conselho Federal de Medicina, o presente **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, nos exatos termos do processo informacional verbal realizado em consultório médico, no qual o paciente foi prévia e devidamente informado e esclarecido, com linguagem clara e acessível, tendo tido a oportunidade de sanar todas as suas dúvidas acerca do procedimento, à que voluntariamente deseja submeter-se, estando ciente da não cobertura pelo plano, nos exatos termos das cláusulas abaixo:

**I - DA NÃO COBERTURA PELO PLANO**

1.1 A terapêutica e/ou procedimento em questão não possui cobertura pelo plano de saúde do paciente, motivo pelo qual este, exclusivamente, terá que arcar com os custos assistenciais decorrentes, não podendo, posteriormente, requerer estes valores junto à operadora de saúde ou equipe médica.

**II- DO CONSENTIMENTO OU RECUSA:**

2.1 Reconheço que estou ciente que a terapêutica e/ou procedimento a que irei me submeter não está coberto pela operadora de saúde.

2.2. Reconheço, também, que me foram informadas outras terapêuticas e/ou procedimentos, os quais devidamente cobertos pela operadora de saúde.

Diante de tudo o que me foi explicitado oralmente, bem como, do que me informado através do presente Termo de Consentimento, **DECLARO**, que **NÃO RESTAM QUAISQUER DÚVIDAS** acerca da não cobertura pela operadora de saúde, tendo-o assinado por livre disposição de vontade, na forma da lei.

Declaro ainda, que fui **INFORMADO** de que posso **REVOGAR** a qualquer tempo, antes do procedimento meu **CONSENTIMENTO**, bastando para tanto que comunique minha decisão ao meu médico e assine, conjuntamente com ele, o Termo de Revogação, que será disponibilizado no momento da declaração da vontade de não me submeter ao procedimento acima proposto.

( ) **CONSINTO**      ( ) **RECUSO**

Com a realização do presente procedimento, assumindo integral responsabilidade pelo **CONSENTIMENTO** ora declarado.

Florianópolis, SC \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

PACIENTE/RESPONSÁVEL LEGAL

**DECLARAÇÃO DO MÉDICO**

Declaro ter explicado todo o procedimento ao paciente/responsável acima identificado, expliquei ainda sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas, estando o paciente e/ou seu responsável em condições de compreender o que lhe foi informado.

Florianópolis, SC \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Dra Ingrid Manoela A C de Aguiar  
CRM SC 32180



