

## Termo de Esclarecimento e Consentimento

### TERAPIA ANTI-ANGIOGÊNICA

1 – Eu \_\_\_\_\_, declaro estar ciente de que realizarei o procedimento cirúrgico: Terapia anti-angiogênica no meu olho \_\_\_\_\_ e autorizo o Dr. (a) \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_, e sua equipe a realizarem todos os procedimentos oftalmológicos.

2 – A natureza da minha condição e dos procedimentos médicos propostos, incluindo a utilização da anestesia e os métodos de tratamento e não tratamento foram satisfatoriamente explicados à minha pessoa, assim como qualquer risco, substancial ou significativo, de ocorrerem complicações. Através desta reconheço que me foi dada ampla oportunidade de questionar sobre os procedimentos médicos escolhidos e as suas alternativas, bem como julguei satisfatórias as respostas aos meus questionamentos e compreendo os riscos envolvidos no tratamento a que voluntariamente vou me submeter.

3 – Foi-me devidamente esclarecido que, conforme a recomendação do Conselho Federal de Medicina, contida na resolução 1409/94 de 08/06/94 sobre cirurgia ambulatorial, e em consideração à resolução 1363/93 de 12/03/93 deste mesmo Conselho sobre segurança e anestesia, esta clínica deve encaminhar-me a um hospital geral para atendimento de emergência e internação, se necessário, por causa de qualquer problema médico que ocorra durante a minha permanência na Clínica. Estou ciente de que as despesas decorrentes do atendimento hospitalar, incluindo a internação e/ou CTI (Centro de Tratamento Intensivo), se necessários, bem como a transferência para o referido Hospital, serão de minha inteira responsabilidade financeira.

Belo Horizonte, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20\_\_.

Paciente: \_\_\_\_\_

Identidade: \_\_\_\_\_

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

---

Assinatura e carimbo do Médico

REG.154.PS.SGQ.013