

TERMO DE CONSENTIMENTO

TERMO DE CONSENTIMENTO DE COMPLICAÇÃO - POR TERCEIRO



Orientações prévias:

- **leia** atentamente todo o conteúdo deste documento;
- **informe** todas as suas dúvidas ao médico;
- **assine** o termo somente após ter todas as dúvidas sanadas.

NOME MÉDICO	CRM
NOME PACIENTE	
IDADE PACIENTE	DATA PROCEDIMENTO
QUEIXAS DECLARADAS PELO PACIENTE	
OBSERVAÇÕES	

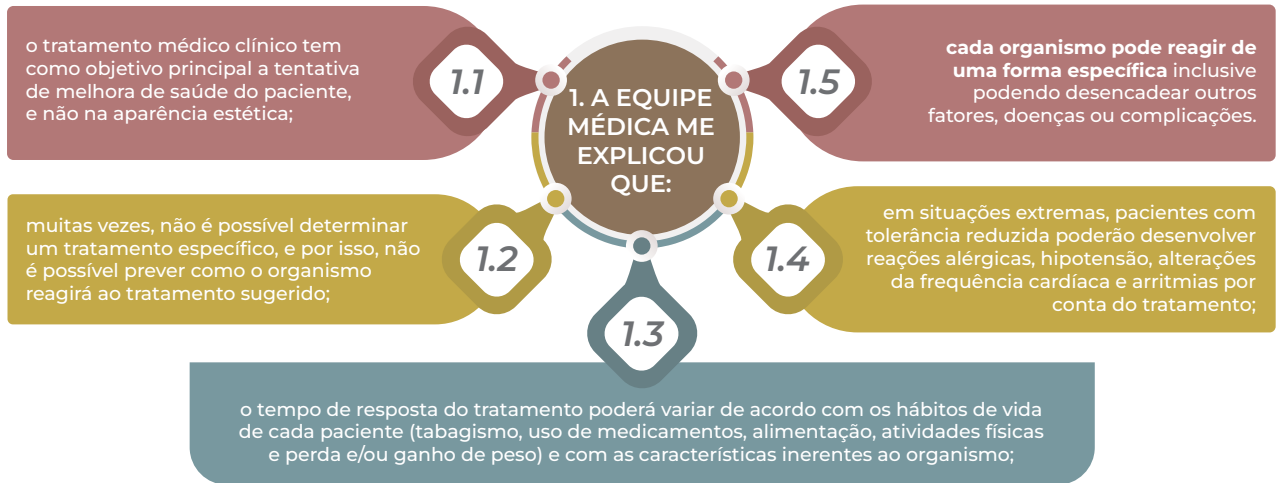
Procurei, por livre e espontânea vontade, a equipe médica acima após ter identificado complicação em razão dos procedimentos:

Procedimentos:

Declaro ter realizado os procedimentos acima com o profissional _____,
no dia ___/___/___.

Por isso, entendo que este médico não poderá se responsabilizar por eventuais resultados estéticos prometidos pelo profissional acima citado.

acordo do paciente



acordo do paciente

- 2** Declaro estar ciente que a **falta de informações**, para a equipe médica, como: hábitos (alimentares e de saúde), uso de medicamentos de rotina, tratamentos cardíacos, hormonais e de emagrecimento, e procedimentos realizados anteriormente, **poderá incorrer em risco de vida**, além de interferir no resultado desse tratamento.
- 3** Comprometo-me a realizar todo o tratamento médico, realizar os exames necessários para a minha melhora e retornar às consultas médicas conforme orientação médica.
- 4** Estou ciente da necessidade de solicitar ao profissional anterior o meu prontuário médico para que esse tratamento possa ser melhor planejado e conduzido pela equipe técnica.
- 5** Declaro estar ciente que, para o melhor tratamento, é possível a indicação de profissionais de outras especialidades para auxiliar no diagnóstico e tratamento. Que as despesas geradas são de minha inteira responsabilidade.
- 6** Este tratamento clínico não obriga a entrega de resultados estéticos, tampouco vincula esse tratamento ao tratamento que ocasionou a intercorrência aqui tratada.

acordo do paciente

UTILIZAR MINHAS INFORMAÇÕES DE FORMA ANONIMIZADA (SEM IDENTIFICAÇÃO DE NOME E DOCUMENTOS)¹ PARA OS ÚNICOS FINS DE:

- 1** > registrar fotos, vídeos, sons, imagens e qualquer outro tipo de mídia profissional ou amadora;
- 2** > registrar, de forma escrita, toda descrição referente ao laudo do exame realizado, das reações e sintomas que fui acometido(a), aos medicamentos que me foram submetidos e outras peculiaridades que possam interferir no exame realizado pela médica acima;
- 3** > compartilhar imagens e laudos com o médico assistente através de e-mail e armazenamento em nuvem com finalidade de acompanhamento do quadro clínico;
- 4** > utilizar os registros, citados nos pontos 1 e 2, para finalidade didática e científica palestras, apresentações, seminários, congressos e qualquer tipo de publicação de assunto médico.

Concordo que, essa autorização não me concede direitos de royalties, comissões ou qualquer vantagem financeira pelo uso do meu caso clínico, ainda que o material produzido tenha fins econômicos.

Estou ciente que o médico possui responsabilidades compulsórias e se entender necessário, o caso será notificado ao órgão competente para investigação.

acordo do paciente



SOBRE A PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS:

Eu autorizo que a equipe médica utilize os meus registros (vídeos, som e imagem) para executar os procedimentos propostos, para fins de complementação documental do meu prontuário, para discussão do caso clínico com outros colegas médicos.

Também, autorizo, para fins de pesquisa acadêmica, publicações em redes sociais, publicações acadêmicas, cursos, palestras e congressos médicos.

Durante a consulta e atendimento pela recepção houve a coleta de dados pessoais (CPF, Nome, Telefone, E-mail, Endereço e Informações sobre saúde e hábitos) para questões fiscais e a condução médica adequada. Os dados serão armazenados e preservados por período indeterminado e compartilhados com terceiros, somente quando indispensável para a continuidade ou adequação do tratamento.

Os pacientes, a qualquer momento, poderão: (i) ter acesso às informações cadastradas, (ii) solicitar a atualização ou correção dos seus dados; (iii) solicitar a eliminação de dados que não impactem o histórico de atendimento médico bem como, a total ou parcial, revogação deste consentimento, **mediante termo de solicitação**, nos termos da Lei.

acordo do paciente

Declaro que li a integralidade do conteúdo deste termo, concomitante à explicação verbal da equipe médica e que tive a oportunidade de sanar toda e qualquer dúvida relativa ao procedimento ao qual, voluntariamente, irei me submeter. Assim, dou o meu consentimento à equipe médica para realizar os procedimentos necessários me comprometendo a seguir todas as orientações médicas.

Importante: em caso de dúvidas, esclarecimentos, desconfortos, ou efeitos não esperados recomenda-se o contato imediato com a equipe médica.

_____, ____ de _____ de _____

Paciente:
CPF:

Dr.
CRM/