

## Termo de Consentimento

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo o Dr. Roberto Maurício O. Ayres, CRM 76901, e a sua equipe, a realizar em mim o procedimento \_\_\_\_\_ para o tratamento da obesidade mórbida.

Estou ciente que sou portador (a) de outras condições médicas:

\_\_\_\_\_

Fui devidamente informado (a) que a operação pode apresentar riscos, que incluem: trombose, embolia pulmonar, infarto do miocárdio, hérnia, infecção, sangramento, fístula digestiva, estenose (estreitamento da anastomose), perfuração de vísceras, distúrbios nutricionais e metabólicos, alterações psicológicas, risco anestésico, risco de reações alérgicas a medicamentos, risco de vida, entre outros.

Fui devidamente esclarecido e entendi que a(s) causa(s) da obesidade mórbida não é (são) curada(s) por este procedimento cirúrgico. A operação irá contribuir para que eu perca peso, mas a minha absoluta cooperação e dedicação em seguir as instruções da equipe multidisciplinar, são fundamentais para o sucesso da minha operação e evitar complicações.

Declaro que recebi e li o manual "**Orientação para Pacientes com Obesidade Mórbida**" do Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva. Após a leitura atenta deste termo de consentimento, afirmo que me foram esclarecidas todas as minhas dúvidas sobre a doença, a operação, as complicações da operação, a evolução pós-operatória, não sendo negado o esclarecimento de quaisquer das minhas dúvidas, e por isso firmo este termo de consentimento.

\_\_\_\_\_,  
Local e data

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

Testemunha1: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Testemunha2: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_