



**Termo de Consentimento Informado
Yag Laser - Capsulotomia**



O(a) paciente _____ portador(a) do RG número _____ e CPF/MF número _____ residente no endereço: _____, através de seu(sua) médico(a) _____, portador(a) do CRM/ _____ sob número _____ solicitou a realização do procedimento denominado “YAG LASER - CAPSULOTOMIA”.

A UNIMED Araraquara ciente de sua corresponsabilidade em autorizar o referido procedimento e ciente que há risco de maior incidência de edema macular cistoide caso a capsulotomia seja realizada em período inferior a 3 meses decorridos da cirurgia de catarata, fez uso de pareceres dos médicos auditores contratados pela operadora.

Portanto, após reiterado tanto ao paciente como seu responsável legal acerca do risco de maior incidência de edema macular cistoide (EMC) caso a capsulotomia seja realizada em período inferior a 3 meses decorridos da cirurgia de catarata, e mesmo assim, optam os mesmos pela realização, a UNIMED de Araraquara irá autorizar o procedimento solicitado, porém se isenta de quaisquer responsabilidades, tanto extrajudicial quanto judicialmente.

ASSIM, APÓS SER PREVIAMENTE ADVERTIDO(A) E ESCLARECIDO PELA UNIMED DE ARARAQUARA DOS RISCOS DE REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO, EU, _____, ASSUMO TODOS OS RISCOS DECORRENTES DA LIBERAÇÃO DO PROCEDIMENTO A SER AUTORIZADO PELA UNIMED, ISENTANDO A MESMA TOTAL E PLENAMENTE, DE QUALQUER TIPO DE RESPONSABILIDADE.

Por ser expressão da minha vontade, firmo a presente, na presença de testemunhas que abaixo assinam para que surta os jurídicos e legais efeitos.

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 que:

() **AUTORIZA** a realização.

() **NÃO AUTORIZA** a realização, estando ciente dos riscos decorrentes desta decisão.

Araraquara, _____ de _____ de _____.

Hora da aplicação do termo: _____h _____min

Assinatura paciente
RG _____
Nome _____

Assinatura responsável pelo paciente
RG _____
Nome _____

Assinatura médico
CRM _____
Nome _____

Testemunha
RG _____
Nome _____

Testemunha
CRM _____
Nome _____