



Dr. Alderson Luiz Pacheco

Cirurgião Plástico

*Membro da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica*

CRM:15.715

aldersonpacheco@hotmail.com

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**

**CONSENTIMENTO PARA RETOQUE OU REFAZIMENTO DE CIRURGIA ANTERIOR**

1. **Eu** ....., por minha livre e espontânea vontade irei me submeter à(s) cirurgia(s) de: .....

2. **Declaro estar ciente** que em se tratando de **Retoque ou Refazimento de Cirurgia Anterior** (que já não atingiu resultado satisfatório), não poderei exigir do(a) cirurgião(ã) que seu trabalho alcance agora a perfeição.

3. **Estou ciente**, também, que ele(a) tudo fará para alcançar o melhor resultado, dentro das limitações que uma área já anteriormente operada pode vir a apresentar e que o retoque será cobrado a clínica, anestesista e instrumentadora.

4. **Entendo também** que uma cirurgia plástica nem sempre alcança seu melhor resultado com apenas um procedimento cirúrgico, sendo que retoques são necessários e fazem parte integrante desta especialidade, razão também deste(s) procedimento(s) ao(s) qual(is) vou me submeter e para o(s) qual(is) estou dando meu consentimento.

5. **A minha escolha** deste(a) profissional baseou-se na confiança que nele(a) deposito e no conceito profissional que goza junto aos seus pares. Por tal razão entendo que dará o melhor de si, sem contudo se vincular a um resultado pré-estabelecido ou pré-determinado.

6. **Por estar conscientizada(o)** de que a Medicina não é uma ciência exata, e que cada organismo reage de maneira individualizada e personalíssima, firmo a presente declaração, confirmando que fui devidamente informada(o) sobre as possíveis limitações que o meu caso possa vir a oferecer.

Curitiba, ..... de ..... de .....

.....

**Paciente**

**Testemunha 1:** ..... **CPF:** .....

**Testemunha 2:** ..... **CPF:** .....

CLÍNICA MILLENNIUM  
Av.Candido Xavier, 232  
Batel Curitiba-PR

Fone: 3022 – 4646  
Fax: 3018 - 4421  
Cel: 9195 - 3434