



**Dr. Ferrer Pardo**  
Cirurgia Plástica

**Dr. Vicente Ferrer Pardo Jiménez**  
Cirurgião Plástico

*Formado pela Faculdade de Medicina da USP - RP - CRM 63.872  
Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica  
Membro Titular da International Society of Aesthetic Surgery  
Membro da Soc. dos Cirurgiões Plásticos Latinos - USA e Canadá  
Membro da Federação Ibero Latino Americana de Cirurgia Plástica  
Membro da Inter. Conf. for Plastic Reconstructive Aesthetic Surgery*

## **TERMO DE CONSENTIMENTO, INFORMAÇÃO E ESCLARECIMENTO DO PACIENTE**

Área Doadora \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, declaro, para os devidos fins, que estou de acordo em me submeter ao procedimento denominado **ENXERTO DE GORDURA**, bem como todos os procedimentos que o incluem, a ser realizado em \_\_\_\_\_, pelo(a) Dr(a). \_\_\_\_\_, CRM nº \_\_\_\_\_, e os demais profissionais de sua equipe, que estão vinculados à minha assistência.

Declaro, ainda, que o procedimento me foi devidamente explicado, quando tive a oportunidade de fazer perguntas, tendo, na mesma oportunidade, recebido instruções, oralmente e por escrito, a serem seguidas antes, durante e após o tratamento.

### **1. Do procedimento e seu objetivo:**

**1.1.** Trata-se de procedimento que consiste na retirada de gordura de uma área doadora do corpo do próprio paciente para aplicação em uma região receptora, tendo por objetivo atenuar sulcos, rugas e/ou depressões ou ainda modificar o contorno labial, facial ou corporal.

**1.2.** O procedimento inicia-se com a anestesia local e assepsia das áreas doadora e receptora. Posteriormente, são retiradas pequenas quantidades de gordura da área doadora, através de cânulas finas, que serão inseridas na área tratada, através de pequenas incisões.

**1.3.** As incisões da área doadora serão suturadas e a gordura retirada é centrifugada e purificada, sendo, então, injetada na derme (parte superficial da pele), através de finas seringas.

### **2. Dos Riscos e Complicações Inerentes ao Procedimento:**

**2.1.** Estou ciente de que, como ocorre em qualquer procedimento, **sempre existirá riscos e complicações que podem perdurar de 05 até 15 semanas**, apesar de todos os cuidados dispensados pelo profissional, tais como:

- **Procedimento secundário:** o resultado e o grau efetivo de melhora dependem da reação fisiológica de cada paciente. Dessa forma, pode haver a necessidade de novo procedimento;
- **Dor e desconforto:** Poderá ocorrer dor e desconforto, em maior ou menor grau de intensidade, variável de paciente para paciente, durante e após o procedimento;
- **Inchaço:** Poderá haver inchaço nas áreas tratadas que, eventualmente, pode permanecer por dias ou semanas;
- **Hematomas:** é possível ocorrer um acúmulo de sangue (hematoma) embaixo da pele e pode retardar a cicatrização e causar fibrose cicatricial. Caso ocorra, pode necessitar de tratamento emergencial;
- **Seroma e Edema:** eventualmente, líquidos, sangue e/ou secreções podem se acumular nas regiões tratadas, necessitando drenagem, aspiração ou reparo;
- **Descoloração:** Poderá haver descoloração ou pigmentação cutânea nas áreas tratadas. Estas alterações podem perdurar por um período indeterminado, muito raramente, poderão ser permanentes.
- **Lesão a estruturas profundas:** estruturas profundas tais como glândulas salivares, nervos, músculos e vasos sanguíneos podem ser lesadas, causando prejuízos temporários ou permanentes;
- **Perda da vitalidade biológica:** poderá ocorrer perda de vitalidade biológica da região operada, ocasionada pela redução da vascularização sanguínea, principalmente em pacientes fumantes, diabéticos, desnutridos e com problemas vasculares, podendo necessitar, para sua reparação, de tratamento clínico com curativos e novo procedimento cirúrgico, com resultados apenas paliativos, em casos extremos;
- **Alteração na sensibilidade:** Poderá haver perda de sensibilidade e/ou mobilidade nas áreas tratadas, por um período indeterminado de tempo, variável de paciente para paciente;
- **Assimetria:** a face humana, é normalmente assimétrica, podendo, portanto, haver uma variação quanto ao resultado obtido com o procedimento. **O cirurgião empenhará todos os esforços no sentido de minimizar tais assimetrias, todavia, não há como garantir um resultado perfeitamente simétrico, por questões fisiológicas;**
- **Processo infeccioso:** poderá ocorrer nas áreas tratadas ou em áreas distantes, decorrentes de uma queda da imunidade e de contaminação por germes existentes na própria pele do paciente, e que podem necessitar de tratamento com antibióticos, curativos, drenagens cirúrgicas e internação hospitalar;



**Dr. Ferrer Pardo**  
Cirurgia Plástica

**Dr. Vicente Ferrer Pardo Jiménez**  
Cirurgião Plástico

*Formado pela Faculdade de Medicina da USP - RP - CRM 63.872  
Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica  
Membro Titular da International Society of Aesthetic Surgery  
Membro da Soc. dos Cirurgiões Plásticos Latinos - USA e Canadá  
Membro da Federação Ibero Latino Americana de Cirurgia Plástica  
Membro da Inter. Conf. for Plastic Reconstructive Aesthetic Surgery*

- **Reações alérgicas:** Em casos raros, podem ocorrer alergias localizadas relacionadas a fios de sutura e antissépticos tópicos. Reações sistêmicas, mais sérias, podem ocorrer devido às drogas usadas durante o procedimento ou no pós-procedimento;

- **Anestesia:** Todo tipo de anestesia envolve algum nível de risco. Existe a possibilidade de complicações, lesões e até mesmo óbito, com qualquer tipo de anestesia ou sedação.

- **Choque anafilático:** O choque anafilático é de rara ocorrência. Porém, quando ocorre, em geral, são pacientes já sensibilizados, que durante a vida tiveram contato com a substância química que promoverá a reação alérgica.

Trata-se de reação alérgica grave, que resulta em intensa queda da pressão arterial e problemas de circulação, dos pulmões e do coração. Nessa situação, o paciente corre risco de morte ou de sequelas graves e irreversíveis.

**Não há maneiras de prevenir o choque anafilático, mas é importante que o paciente informe ao profissional a sua profissão e se já teve alguma reação alérgica, principalmente se ela foi grave e necessitou de atendimento médico.**

**2.2. Fui advertido de que existe a possibilidade de o organismo absorver parte da gordura injetada e com isso o aspecto poderá sofrer alterações com o tempo e o grau de absorção, que é imprevisível e independente do atuar do médico cirurgião.**

**2.3.** Tenho ciência de que este procedimento é paliativo, ou seja, não eliminará completamente os aspectos indesejáveis que desejo modificar. Assim sendo, considerando a natureza deste procedimento e, ainda, as diferentes respostas de cada indivíduo quanto as estas aplicações, estou consciente de que não será possível determinar, com precisão, qual será o resultado após o tratamento.

**2.4.** Pacientes que receberam previamente implantes sintéticos na face, tais como o Polimetilmetacrilato (PMM) e o silicone; ou que são fumantes, bem como os indivíduos com Síndrome da Fadiga Crônica podem apresentar um pós-operatório com edema (inchaço) e dor mais prolongados e, também, com eventual prejuízo dos resultados obtidos.

**2.5.** Fui cientificado sobre os riscos externos do procedimento que será realizado, sendo aqueles riscos que independem do atuar profissional e do local onde o mesmo é realizado, tais como **infecções**, que caso ocorram, pode necessitar de uso de antibióticos por tempo prolongado.

**2.6.** Fui esclarecido de que tabagismo, tóxicos, drogas e álcool, apesar de serem fatores que eventualmente não impedem a realização do procedimento, **podem determinar complicações e influenciar de forma negativa no resultado final do mesmo.**

**2.7. Em alguns raros casos podem ocorrer complicações graves, podendo causar prejuízo transitório ou permanente à saúde do paciente, tais como tromboembolismo.**

### **3. Contraindicações:**

**3.1.** A realização do procedimento não é indicada nos seguintes casos:

- Pacientes grávidas e lactantes;
- Pacientes portadoras de diabetes;
- Pacientes com doenças de colágeno;
- Pacientes imunossuprimidos;
- Pacientes que fazem uso de anticoagulantes;
- Pacientes portadores de alterações renais e hepáticas;
- Pacientes com doença tromboembólica;
- Pacientes fumantes assíduas, que já tenham alguma doença associada ao tabagismo.

### **4. Das Cicatrizes:**

**4.1.** Declaro que fui esclarecido de que, como resultado do procedimento, haverá cicatrizes nos locais das incisões da área doadora, as quais serão permanentes. Todos os esforços serão para diminuir e/ou encobrir as cicatrizes, quando possível ou aplicável, para torná-las menos evidentes.

**4.2.** Poderá haver complicações inerentes as cicatrizes, tais como hipertrofia, retração da cicatriz, queloides, escurecimento, alargamento, abscesso (ruptura na pele) e necrose de pele. Estes problemas de cicatrização são



**Dr. Ferrer Pardo**  
Cirurgia Plástica

**Dr. Vicente Ferrer Pardo Jiménez**  
Cirurgião Plástico

*Formado pela Faculdade de Medicina da USP - RP - CRM 63.872  
Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica  
Membro Titular da International Society of Aesthetic Surgery  
Membro da Soc. dos Cirurgiões Plásticos Latinos - USA e Canadá  
Membro da Federação Ibero Latino Americana de Cirurgia Plástica  
Membro da Inter. Conf. for Plastic Reconstructive Aesthetic Surgery*

causados por alterações enzimáticas da pele, fatores raciais ou herança genética e independem da técnica empregada pelo profissional.

#### **5. Cuidados ANTES do procedimento:**

- Responder com honestidade a anamnese;
- Estar em dia com todos os exames solicitados pelo profissional;
- Não fumar e não ingerir bebidas alcoólicas, no período determinado pelo profissional, estando ciente de que, ainda assim, as complicações inerentes aos pacientes fumantes poderão ocorrer;
- Evitar todo e qualquer medicamento para emagrecer, Aspirina (medicamentos com ácido acetilsalicílico), medicamentos fitoterápicos com Ginko Biloba, por um período não inferior a 30 dias antes da realização do procedimento;
- Informar ao profissional sobre o uso de quaisquer medicamentos, contínuo ou eventual;
- Comunicar ao profissional qualquer atraso menstrual ou possibilidade de estar grávida;
- Comunicar qualquer sinal de líquidos saindo pelo bico dos seios, resfriado, conjuntivite, herpes ou qualquer tipo de infecção que surgir na semana anterior ao procedimento.

#### **6. Cuidados APÓS o procedimento:**

- Seguir rigorosamente as orientações do profissional;
- Manter o local das incisões limpo e seco;
- Evitar a realização de esforços, mantendo repouso, pelo período indicado pelo profissional;
- Deve-se evitar exposição solar, após o procedimento, pelo período indicado pelo profissional;
- Deve-se evitar a realização de atividades físicas, bem como de relações sexuais, temporariamente, retornando as atividades somente com a liberação do profissional responsável.
- Utilizar maquiagem somente após a liberação do profissional responsável;
- Evitar abaixar a cabeça nas próximas 3 (três) horas após aplicação;
- Evitar massagear o local da enxertia (área receptora), para que não haja o aumento da absorção da gordura implantada;
- Comparecer às consultas de revisão previamente agendadas.

#### **7. Do Compromisso com o tratamento:**

**7.1.** Fui devidamente cientificado de que o objetivo do tratamento só poderá ser alcançado se eu comparecer às consultas de revisão, sendo de minha responsabilidade o não comparecimento e as consequências dessa omissão no tratamento, **estando ciente de que o meu não comparecimento a essas consultas pode ser considerado como abandono de tratamento.**

**7.2.** As consultas de revisão são, usualmente, realizadas nos prazos de acordo com cada caso, nos dias programados pelo profissional após o procedimento. A critério do profissional responsável podem ser programadas datas suplementares, atendendo às necessidades de cada caso.

**7.3.** Comprometo-me a seguir à risca todas as orientações prestadas pelo profissional, adotando os cuidados no pré e pós-procedimento, tendo sido cientificado de que qualquer omissão ou desídia quanto a estes poderá trazer-me prejuízos, comprometendo o resultado do procedimento e podendo, inclusive, causar sequelas e acarretar danos à minha saúde.

**7.4. Em casos raros, poderá ser indicado pequeno ajuste ou aplicações complementares.**

#### **8. Da Inexistência de Promessa de Resultado:**

**8.1. Estou ciente de que o grau efetivo de melhora não pode ser previsto ou garantido pelo profissional, pois isso depende da reação fisiológica de cada paciente, podendo, inclusive, haver a necessidade de novo procedimento. Sendo assim, o bom resultado, embora almejado, não pode ser garantido em sua totalidade, devido à capacidade reacional ao tratamento.**

**8.2** O profissional se compromete em empregar todos os meios disponíveis e a melhor técnica, em busca do melhor resultado possível.

**8.3. Estou ciente de que podem haver alterações subsequentes no corpo devido ao processo natural de envelhecimento, à gestação, à perda ou ao ganho de peso, à força da gravidade e a demais fatores normais do cotidiano, que podem alterar o resultado obtido com o procedimento e que não há como prever o tempo de duração dos resultados.**



**Dr. Ferrer Pardo**  
Cirurgia Plástica

**Dr. Vicente Ferrer Pardo Jiménez**  
Cirurgião Plástico

*Formado pela Faculdade de Medicina da USP - RP - CRM 63.872  
Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica  
Membro Titular da International Society of Aesthetic Surgery  
Membro da Soc. dos Cirurgiões Plásticos Latinos - USA e Canadá  
Membro da Federação Ibero Latino Americana de Cirurgia Plástica  
Membro da Inter. Conf. for Plastic Reconstructive Aesthetic Surgery*

### 9. Do compartilhamento de dados:

**9.1.** Declaro ter recebido explicações suficientes acerca da necessidade e importância do compartilhamento dos meus dados sensíveis, a fim de possibilitar um melhor tratamento clínico, procedimental e cirúrgico do meu caso.

**9.2.** Assim sendo, autorizo, na forma do art. 11 da Lei nº 13.709/2018 (LGPD – Lei Geral de Proteção de Dados), que o médico compartilhe os meus dados com quem julgar necessário, a fim de possibilitar o meu tratamento.

### 10. Da Autorização de uso da imagem

**10.1.** Estou de acordo que sejam tiradas fotos das regiões a serem tratadas, que poderão ser publicadas em trabalhos científicos, congressos, revistas, jornais, livros e em outros meios, numa visão geral, desde que resguardado o sigilo de minha identidade.

### 11. Das Considerações Finais:

**11.1.** Declaro ter sido informado e esclarecido, tendo compreendido todas as informações que me foram pessoalmente prestadas pelo profissional, de forma oral e por escrito, confirmando que me foi dada a oportunidade para fazer questionamentos e esclarecer dúvidas.

**11.2.** Declaro que estou ciente do propósito do tratamento, que seus benefícios são limitados e dependentes de fatores já mencionados, e que sempre haverá riscos de complicações, como em qualquer tratamento.

**11.3. O procedimento não é indicado em caso de impossibilidade técnica de se alcançar o resultado almejado ou de expectativa irreal do paciente.**

**11.4.** Sendo assim, aceito os riscos e possíveis complicações inerentes a este tratamento, desejando, por minha livre e esclarecida vontade submeter-me ao mesmo.

**11.5.** Declaro, em prontuário, que são verdadeiras informações prestadas no termo de anamnese sobre uso de drogas (orais ou por outras vias), alergias, tabagismo, álcool e outras informações que sejam importantes. **Se fumante, fui esclarecido sobre as complicações e dificuldades decorrentes deste fato.**

**11.6.** Declaro, por fim, ter lido e compreendido todos os itens contidos no presente documento, bem como ter com eles integralmente concordado, **e expresso o meu consentimento livre e esclarecido para realização do tratamento proposto.**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Paciente/Responsável**

### TESTEMUNHAS:

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

Assinatura: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

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

Assinatura: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

# TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO



## ENXERTO DE GORDURA

### (Transplante de adipócitos - células de gordura)

Por determinação explícita de minha vontade eu, \_\_\_\_\_, por meio deste Termo de Consentimento, solicito e autorizo o Dr. \_\_\_\_\_ a proceder em mim a colocação de gordura na(s) seguinte(s) região(ões): \_\_\_\_\_  
gordura esta, a ser retirada de meu abdome, glúteos ou qualquer outro local adicional, se necessário for.  
Recebi do meu médico as seguintes

### INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS SOBRE ESTE PROCEDIMENTO:

1. **USO: O ENXERTO DE GORDURA** (transplante de adipócitos - células de gordura) tem por objetivo **atenuar** sulcos, rugas e/ou depressões ou ainda **modificar** o contorno labial, facial ou corporal. Este procedimento é **paliativo**, ou seja, não eliminará completamente os aspectos indesejáveis que desejo modificar. Considerando a natureza deste procedimento e, ainda, as diferentes respostas que podem os(as) pacientes apresentarem a estas injeções, **estou consciente** de que não é possível determinar, com precisão, qual será a minha aparência após o tratamento.
2. **REAÇÃO:** Após o **ENXERTO DE GORDURA** haverá edema (inchaço), endurecimento, mudança de coloração, amortecimento e sensibilidade á palpação nas áreas tratadas. Estes sintomas tendem a regredir, dependendo da minha resposta pessoal ao procedimento, o que pode ocorrer em prazo variável de tempo, sendo, usualmente, de **uma até cinco semanas** e, excepcionalmente nos grandes enxertos, por mais de **quinze semanas**. Estes e outros aspectos poderão interferir, em grau variável, em minhas atividades, incluindo estudo, trabalho e vida social. Irregularidades e nódulos locais palpáveis ou visíveis podem ocorrer, como consequência deste tratamento, ficando na dependência da minha resposta orgânica, que entendo e aceito, ser diversa para cada pessoa.
3. **OUTROS TIPOS DE REAÇÃO (raras):** Infecção, alteração e assimetrias nos movimentos da face, perda de vitalidade da pele, lesão de glândulas salivares, hematomas e modificação da expressão podem ocorrer. Tromboembolismo é muito raro neste procedimento, mas, como em qualquer cirurgia, é um risco descrito e previsto na literatura médica. Pacientes que receberam previamente implantes sintéticos na face, tais como o *Polimetilmetacrilato* (PMM) e o silicone; ou que são fumantes, bem como os indivíduos com *Síndrome da Fadiga Crônica* podem apresentar um pós-operatório com edema (inchaço) e dor mais prolongados e, também, com eventual prejuízo dos resultados obtidos.
4. **DURAÇÃO DO EFEITO:** Entendo que, com as modernas técnicas utilizadas, o percentual de “pega” da gordura (o que vai dar um resultado definitivo) aumentou consideravelmente. Todavia, ainda não é possível definir o quanto o enxerto pegará, e nem por quanto tempo. Tomei conhecimento que este procedimento apresenta uma grande vantagem, que é a não-utilização de substâncias artificiais estranhas ao meu organismo, e cuja segurança e limites ainda não foram completamente estabelecidos. Uma vez integrados estes enxertos gordurosos no meu organismo, entendo que podem acompanhar as **modificações** do meu peso e do meu percentual de gordura corporal.
5. **REFINAMENTOS:** O procedimento que autorizo contempla a possibilidade de aplicações complementares, se estas forem necessárias e por mim desejadas. **Declaro** que li e entendi as informações acima, e que antes de optar pelo tratamento, tive oportunidade suficiente para discutir com meu médico e questionar sobre todo o procedimento e os termos aqui mencionados.

**Autorizo**, ainda, a realização de fotos da minha face e corpo, bem como o uso destas durante a cirurgia e também com finalidade científica e/ou legal.

**Observações:** -----

-----

Assinatura: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ 20\_\_

Testemunha (1): \_\_\_\_\_ CPF ou RG \_\_\_\_\_

Testemunha (2): \_\_\_\_\_ CPF ou RG \_\_\_\_\_