

**FOP 116.01 - TERMO DE CONSENTIMENTO PARA CIRURGIA DE OBESIDADE MÓRBIDA**
**INFORMAÇÕES DO BENEFICIÁRIO (TITULAR)**

<b>Nome (Completo e sem abreviação):</b>			
<b>Data de Nascimento:</b> / /	<b>CPF:</b>	<b>Estado Civil:</b>	
<b>URR:</b>			
<b>Endereço:</b>			
<b>Bairro:</b>	<b>Cidade:</b>	<b>UF:</b>	<b>CEP:</b>
<b>Telefone:</b> ( )		<b>Celular:</b> ( )	

**INFORMAÇÕES DO BENEFICIÁRIO (DEPENDENTE)**

<b>Nome (Completo e sem abreviação):</b>	
<b>CPF:</b>	<b>RG:</b>
<b>Telefone:</b> ( )	<b>Celular:</b> ( )
<b>E-mail:</b>	

**COBERTURA DA GATROPLASTIA - DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO DA ANS**

Cobertura obrigatória para pacientes com idade entre 18 e 65 anos, com falha no tratamento clínico realizado por, pelo menos, 2 anos e obesidade mórbida instalada há mais de cinco anos, quando preenchido pelo menos um dos critérios listados no Grupo I e nenhum dos critérios listados no Grupo II:

**Grupo I**

- Índice de Massa Corpórea (IMC) entre 35 Kg/m<sup>2</sup> e 39,9 Kg/m<sup>2</sup>, com comorbidades (doenças agravadas pela obesidade e que melhoram quando a mesma é tratada de forma eficaz) que ameacem a vida (diabetes, ou apneia do sono, ou hipertensão arterial, ou dislipidemia, ou doença coronariana, ou osteoartrites, entre outras);
- IMC igual ou maior do que 40 Kg/m<sup>2</sup>, com ou sem comorbidades.

**Grupo II**

- pacientes psiquiátricos descompensados, especialmente aqueles com quadros psicóticos ou demenciais graves ou moderados (risco de suicídio);
- uso de álcool ou drogas ilícitas nos últimos 5 anos.

**DECLARAÇÃO DO BENEFICIÁRIO**

Eu \_\_\_\_\_, declaro para os devidos fins que fui orientado sobre todas as implicações e consequências da cirurgia de gastroplastia redutora.

1. Declaro que o procedimento de gastroplastia redutora foi indicado somente após tentativas ineficazes de realização de tratamentos clínicos alternativos tais como dietas orientadas, alteração dos hábitos de vida, atividade física e outras, e também após avaliação multidisciplinar com profissionais: endocrinologistas, nutricionistas, psicólogos e outros.

**COMPLICAÇÕES FÍSICAS/ORGÂNICAS**

2. Declaro que tenho conhecimento das complicações físicas/orgânicas que a cirurgia poderá ocasionar:

- Hérnias abdominais; infecção da parede abdominal; vômitos e/ou diarreias e/ou obstrução do reservatório

estomacal se ingeridas quantidade e tipos de alimentos contra indicados ou mal mastigados; trombose venosa profunda podendo resultar em edema e feridas temporárias ou permanentes, dificuldade para respirar ocasionando a morte; hemorragia intra-abdominal ou vazamento de líquidos do estômago/intestinos/fístulas na pele para a cavidade abdominal ou para outros órgãos; transtornos mentais tais como depressão, ansiedade, anorexia e bulimia.

b) Se a realização da cirurgia for pela técnica por Videolaparoscopia, poderão ocorrer também complicações pulmonares: diminuição do oxigênio no sangue (hipoxemia), colapso pulmonar, dilatação incompleta ou falta de dilatação dos pulmões (atelectasia), impedimento da oxigenação adequada dos pulmões (broncoespasmo); sangramento do fígado.

4. Declaro ainda que tenho conhecimento das consequências que podem ocorrer no pós-operatório: alterações no paladar, intolerâncias alimentares, aumento do risco de formação de cálculos na vesícula biliar, queda de cabelo, alteração na textura da pele e unhas, ansiedade, náuseas, vômitos, desconfortos abdominais, dores pós-operatória e cicatrizes.

#### CIRURGIAS REPARADORAS PÓS GASTROPLASTIA

5. Declaro estar ciente que após a realização da cirurgia de obesidade mórbida, as cirurgias reparadoras quando necessárias, somente serão autorizadas após comprovação da excessiva perda de peso, bem como após realização de perícia médica se demandada pela Postal Saúde:

**a) Beneficiário do plano CorreiosSaúde:** Terão cobertura os procedimentos: Dermolipectomia abdominal, braquial, crural e mamoplastia pós gastroplastia.

**b) Beneficiário do plano ViverSaúde:** Terão cobertura os procedimentos: Dermolipectomia abdominal, e mamoplastia pós gastroplastia.

Terão cobertura os procedimentos: Dermolipectomia abdominal, braquial, crural e mamoplastia pós gastroplastia, que somente serão autorizados após acompanhamento e realização de perícia médica se demandada pela Postal Saúde.

Estou ciente que as colocações de próteses de silicone não são contempladas, de acordo com as normas vigentes no plano CorreiosSaúde.

Estou ciente também que as colocações de próteses de silicone não são contempladas pelo plano CorreiosSaúde ou ViverSaúde.

#### REVOGAÇÃO

6. Tenho conhecimento que a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar este presente termo de consentimento desistindo do ato cirúrgico. Para tanto, farei contato com a URR de minha região informando a desistência.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  
Local e Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Beneficiário