



RUA SÃO JOÃO Nº 1341 BAIRRO CASA PRETA - CEP 78960.000 JI- PARANÁ – RO  
FONE: (69) 3421-5833 – FAX (69) 3422-3444

---

## AUTORIZAÇÃO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Eu \_\_\_\_\_,  
CPF: \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_,  
residente \_\_\_\_\_, cidade  
\_\_\_\_\_, estou ciente que a cirurgia de OBESIDADE MÓRBIDA,  
consiste na redução do estômago para o volume de aproximadamente 50 ml e quando eu  
fizer uma alimentação volumosa vai me causar vômitos. Este procedimento tem um risco  
de morte calculado de aproximadamente 1% e tem como principais complicações as  
fístulas digestivas e o tromboembolismo pulmonar, os quais classificam-se como  
principais causas de óbito. Temos também como complicações tardias as anemias e  
hipovitaminose, que em alguns casos tem que ser repostos com medicação. Segundo a  
literatura 7% dos pacientes não conseguem alcançar o emagrecimento desejado. Este  
procedimento cirúrgico promete emagrecer de 30 a 40% do peso inicial.

Cirurgia: \_\_\_\_\_

Convênio: \_\_\_\_\_ Valor: \_\_\_\_\_

Matricula: \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_

Cirurgião: \_\_\_\_\_ Auxiliar: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura paciente:

\_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Assinatura do Responsável:

\_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

**ESSE TERMO FAZ SE NECESSARIO RECONHECIMENTO DE FIRMA.**

---



RUA SÃO JOÃO N° 1341 BAIRRO CASA PRETA - CEP 78960.000 JI- PARANÁ – RO  
FONE: (69) 3421-5833 – FAX (69) 3422-3444

---

## **AUTORIZAÇÃO PARA COLOCAÇÃO DE BALÃO INTRA-GÁSTRICO**

Eu \_\_\_\_\_,  
CPF: \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_, residente  
\_\_\_\_\_, cidade  
\_\_\_\_\_, AUTORIZO o médico abaixo citado e sua equipe a  
realizar a colocação de Balão Intra-Gástrico, visando meu bem estar, minha saúde e  
minha vida. Com a responsabilidade de ter que retornar para a retirada do mesmo no  
prazo máximo de 06 meses, a partir da data da colocação.

Procedimento: \_\_\_\_\_

Valor: \_\_\_\_\_

Cirurgião: \_\_\_\_\_ Auxiliar: \_\_\_\_\_

Data de colocação: \_\_\_\_\_

Data para retirada: \_\_\_\_\_

Assinatura paciente:

\_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Assinatura do Responsável:

\_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

---