



Duque de Caxias Futebol Clube

Duque de Caxias, 05 de Abril de 2015.

Ao
Ilmo Sr. Dr.
RUBENS LOPES DA COSTA FILHO
Presidente da FFERJ

Prezado Senhor;

O Departamento Médico do Duque de Caxias Futebol Clube vem através desta, informar que o atleta **Dhiego Lomba Farias, CBF: 178883**, será submetido a um procedimento cirúrgico de artroscopia e reconstrução de ligamento cruzado anterior no joelho direito conforme documentação anexada (termo de consentimento para procedimento cirúrgico - INTO e laudo de ressonância magnética).

Informamos ainda, que o tempo de recuperação deste procedimento varia de 4 a 6 meses dependendo da resposta do organismo de cada atleta, impossibilitando o clube de contar com este atleta nas competições compreendidas neste período.

Atenciosamente,

Edmon Garcia Silva
Médico
CRM 52.80126-7

DR.º EDMON GARCIA SILVA
CRM: 52.80126-7
DEPARTAMENTO MÉDICO

DHIEGO LOMBA FARIAS

Médico: Dr. (a) FERNANDO TEIXEIRA MATTAR

Ressonância Magnética de Joelho Direito

Indicação: Dor

Técnica: Exame realizado com seqüências multiplanares ponderadas em T1, T2 e sem supressão de gordura.

Presença de artefatos de movimentos.

Comentários:

Ruptura no corno posterior do menisco medial e no corno anterior do menisco lateral.

Ligamentos cruzado posterior e colaterais integros.

Ligamento cruzado anterior com hipersinal e padrão fibrilar irregular sugerindo lesão de fibras.

Tendões quadrícipital e patelar sem alterações.

Discreta condropatia patelar e na tróclea femoral.

Presença de derrame articular.

Líquido na bursa entre semimembranoso/gastrocnêmio.

Foco de edema ósseo no côndilo lateral do fêmur.

Walter de Assis Mello

WALTER DE ASSIS MELLO
CRM 52345530

ATENÇÃO: Todas as imagens deste exame podem ser visualizadas no CD anexo, em alta resolução. As fotos em papel expressam apenas parte significativa do exame.

"Este é um exame complementar e como tal deverá ser analisado pelo médico requisitante, em conjunto com dados clínico-laboratoriais, para correta interpretação e decisão terapêutica."

Carlos Alberto M. Souza CRM 52 41852-3	Max A. Amari CRM 52 05647-6	Leolinda E. Soares CRM 52 41745-9	Paulo Miguel Lourenço CRM 52 02075-14	Walter Assis Mello CRM 52 34555-0	Eilson Teixeira CRM 52 20255-0
David Motta Filho CRM 52 29448-6	Helissa H. A. Martins CRM 52 52587-2	Alexandre Marques CRM 52 81216-8	Antonio Oliveira CRM 52 00000-0	Raul Costa Baptista CRM 52 00000-0	Assis Fátima CRM 52 00000-0
Claudia Melo CRM 52 50814-2	Claudio Teixeira CRM 52 84040-9	Camila H. Faria CRM 52 77205-4	Carlos H. M. Gomes CRM 52 00000-0	Carlos Eduardo Cruz CRM 52 00000-0	Edson M. Vitorino CRM 52 00000-0
J. Mauricio Figueira CRM 52 59917-8	Marcia Hatafe Cohen CRM 52 34352-0	Mª Antonieta Pontes CRM 52 78164-8	Mª Lúcia P. Rodrigues CRM 52 00000-0	Marcos Roberto Pereira CRM 52 00000-0	Marcos Roberto CRM 52 00000-0
Carlos A. Silveira CRM 52 48716-0	Ricardo Ferreira Petry CRM 52 48720-4	Roberta Rocha CRM 52 81096-4	Sergio Roberto de Almeida CRM 52 00000-0	Vitorino M. Vitorino CRM 52 00000-0	Vitorino Oliveira CRM 52 00000-0

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Todos os pacientes menores de 18 anos e aqueles que não puderem exprimir a sua vontade, deverão dispor, obrigatoriamente, de AUTORIZAÇÃO por parte do seu responsável, exceto os casos previstos no Código Civil Brasileiro.

PREZADO PACIENTE: O termo de consentimento informado é um documento no qual sua autonomia (vontade) em consentir (autorizar) é manifestada. A intervenção cirúrgica indicada será realizada pela equipe do centro, responsável pelo seu procedimento, após seu consentimento. Este documento somente deverá ser assinado se todas as suas dúvidas já tiverem sido esclarecidas. Se não entendeu alguma explicação pergunte ao profissional médico antes de autorizar a realização da intervenção cirúrgica proposta. A assinatura do presente documento representa seu consentimento na realização da cirurgia, sua concordância e comprometimento em seguir as orientações da equipe multidisciplinar quanto às condutas pré e pós operatórias.

PACIENTE <i>[Assinatura]</i>		PRONTUÁRIO <i>24065</i>
IDENTIDADE <i>[Assinatura]</i>	ÓRGÃO EXPEDIDOR <i>[Assinatura]</i>	DATA DA EMISSÃO <i>1 / 1</i>
RESPONSÁVEL		
IDENTIDADE <i>[Assinatura]</i>	ÓRGÃO EXPEDIDOR <i>[Assinatura]</i>	DATA DA EMISSÃO <i>1 / 1</i>

Eu, acima identificado como paciente e/ou responsável declaro que fui informado pelo profissional médico, em linguagem clara e objetiva, acerca da necessidade da realização do seguinte procedimento cirúrgico:

[Assinatura] - *[Assinatura]*

Por estar satisfeito com as informações recebidas e compreendendo a razão, outras opções, os riscos e as alternativas do tratamento (ligados ao ato cirúrgico, suas complicações, infecção e ato anestésico), CONSIGO COM:

- 1 - A realização de exames radiológicos, laboratoriais, procedimentos clínicos, cirúrgicos, fisioterápicos ou outros serviços gerais ou específicos requisitados pelo(s) médico(s), inclusive com os exames pré-operatórios de rotina;
- 2 - A realização de todo e qualquer procedimento que possa, potencialmente, diminuir o risco de vida eminente;
- 3 - A divulgação de informações médicas para: todos os profissionais envolvidos no meu tratamento, finalidades científicas, de pesquisa, auditorias do MS/into, notificações compulsórias ou solicitações governamentais para verificação de contas e procedimentos realizados (para as fontes pagadoras). A documentação quando exibida não deverá revelar a identidade;
- 4 - A documentação do caso médico através de fotografia do corpo inteiro ou segmento dele ou, de exames gráficos ou de imagens, bem como o seu arquivamento por meio de filmes, papéis, fotografias ou qualquer meios para fins de: diagnóstico; planejamento terapêutico; ensino e pesquisa. A documentação quando exibida não deverá revelar a identidade;
- 5 - A realização de transplante ósteo-ligamentar nos casos indicados pelo meu médico;
- 6 - A transferência, a critério médico, para outra unidade hospitalar com a finalidade de manter a continuidade do meu tratamento;
- 7 - A inclusão, em até 48 horas, do número de meu prontuário na fila de espera do procedimento proposto, tendo acesso ao andamento através de consulta na página eletrônica: into.saude.gov.br;
- 8 - Comprometo-me a respeitar as disposições gerais referentes aos meus direitos e responsabilidades conforme especificados no manual de educação de pacientes e familiares disponível na página eletrônica;
- 9 - A participação de estudantes e outros profissionais em treinamento nos processos de cuidado.

Mas, reservo-me o direito de revogar a qualquer momento meu consentimento, antes que o procedimento, objeto deste documento, se realize.

Declaro ter compreendido e concordado com o exposto neste termo de Consentimento Informado.

Este termo tem validade até a realização do procedimento proposto.

Em caso de impossibilidade de tomar decisões eu autorizo o responsável acima identificado a representar a minha vontade.

Assim o faço por livre e espontânea vontade.

Rio de Janeiro, *2* de *abril* de *2015*

RESPONSÁVEL OU PACIENTE (ASSINATURA)

MÉDICO (ASSINATURA E CARIMBO)

TESTEMUNHA (ASSINATURA)

TESTEMUNHA (ASSINATURA)

Uma cópia deste documento foi entregue ao paciente ou seu responsável no dia *11* às *1* horas.