

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Declaro que recebi todos os esclarecimentos necessários sobre as informações específicas contidas da cirurgia a ser realizada, onde foram explicados os detalhes sobre as cicatrizes resultantes, outros estados orgânicos, eventuais intercorrências, evoluções favoráveis e desfavoráveis pós-cirúrgicas, bem como os cuidados para minimizar esses problemas. Assim, livremente e de espontânea vontade, assino o presente TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO para que o Dr. Sandro de Macedo Marques, Cremers: 22.520, possa realizar o procedimento cirúrgico de _____ e para que produza os devidos efeitos legais.

Data

Paciente

CPF ou RG

(Responsável legal, qdo. menor)