

Rua Smith de vasconctios, 304 CINIRO :: ASSIS/SP :: CEP 19817-010

нт.: 18 3323 6054 :: сп: 9611 4<del>9</del>26

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CIRURGIAS
Declaro que fui suficientemente esclarecido pelo Dr (a).
Declaro que fui suficientemente esclarecido pelo Dr.(a),
sobre o procedimento a que vou me submeter ou a que ser submetido (a)
(nome do paciente): Juniu Silo 6905
do qual sou responsável legal.
Nome do procedimento: Rough o so te + fraco + want on
Lateralidade (se aplicável)( ) Direito ( DEsquerdo
Fui informado pelo meu médico(a) sobre o diagnóstico, objetivos do tratamento cirúrgico, principais
riscos, benefícios e alternativas existentes ao procedimento proposto.
Fui também orientado(a) sobre a possibilidade de ocorrer complicações durante e após a realização do
procedimento a que vou ser submetido, pois durante a realização de qualquer procedimento invasivo
e/ou cirurgia existe o risco de acontecer situações imprevistas e complicações tais como: sangramento,
complicações cardiovasculares, infecções, etc.
É possível que durante a realização do procedimento, seja necessária realização de biópsia e o material
coletado ser submetido a uma análise anatomopatológica. O hospital encaminha esta amostra para
laboratório cadastrado e o transporte é realizado de maneira que atenda a legislação vigente.
Estou ciente que posso solicitar esclarecimentos das dúvidas que possam surgir em qualquer fase do
Estou ciente que posso solicital escialectimentos das devidas que posson su que que posso solicital escialectimentos das devidas que posson su que que posso solicital escialectimentos das devidas que posson su que que posson su que posson s
tratamento. + 150 20%. infexa f grado and on #
Pelo presente, declaro expressamente minha concoldancia e meu consentimento para realização do
procedimento acima descrito e o transporte de amostra, se for necessário.
Pelo presente, declaro expressamente minha concordancia e meu consentimento para realização do procedimento acima descrito e o transporte de amostra, se for necessário.  Assis 29 de 20 de 20 RG: 48.588.810.  Nome: Stratura: Assinatura: Assinatura: Assinatura: Assinatura: Assinatura da filia gomes RG:
Nome: Similar das Julia gomes RG: 4P. 588. 810-5
O la in law gomes
Assinatura: AM Ca ola pour sont of the same of the sam
Testemunha:RG:
Assinatura:
De acordo com meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável está(ão) em condições de
compreender o que lhes foi informado.
Nome: Xm Zesu Wi
Assinatura:
CRM e/ou carimbo(legível):  CRM e/ou carimbo(legível):  CONNET DE CONTROL DE
CAM JOSE ST.
( / / / / / / / / / / / / / / / / / / /