

Termo de Autorização

CIRURGIA MUTILADORA OU ENUCLEAÇÃO

COLE AQUI A ETIQUETA. SE NAO TIVER, PREENCHA TODOS OS CAMPOS

Paciente: _____ Sexo: _____
Registro: _____ Data de nasc.: ____/____/____
Convênio: _____
Data: ____/____/____ Unidade: _____ Leito: _____
Médico: _____

Pelo presente termo eu, _____,
grau de parentesco, _____ RG: _____, residente de
_____, _____, responsável pelo paciente
_____, autorizo a realização da amputação do(s)
membro(s) _____, declaro estar ciente da
necessidade de uma cirurgia mutiladora, riscos e benefícios inerentes ao procedimento.

Salvador, ____ de _____ de 20____ ____:____ (hh:min)

Paciente Responsável

Nome: _____ RG: _____

Assinatura: _____ Parentesco _____

Nome do
médico _____ CRM: _____

Assinatura: _____

Salvador, ____ de _____ de 20____ ____:____ (hh:min)

Testemunha

Nome: _____ RG: _____

Assinatura: _____