

Termo de Autorização

CIRURGIA MUTILADORA OU ENUCLEAÇÃO

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

Nome Completo/Social: _____ Sexo: _____
Data de nasc.: ____/____/____ Registro: _____
Filiação: _____
Convênio: _____
Data: ____/____/____ Unidade: _____ Leito: _____
Médico: _____

Pelo presente termo eu, _____,
grau de parentesco, _____ RG: _____, residente de
_____, _____, responsável pelo paciente
_____, declaro que no dia _____ de
_____ de _____, às ____:____ (hh:mm), autorizo a realização da amputação
do(s) membro(s) _____, declaro estar ciente da
necessidade de uma cirurgia mutiladora, riscos e benefícios inerentes ao procedimento.

 Paciente Responsável

Nome: _____ RG: _____

Assinatura: _____ Parentesco _____

Nome do médico _____ CRM: _____

Assinatura: _____

 Testemunha

Nome: _____ RG: _____

Assinatura: _____