

BUCO-MAXILO

PACIENTE

RG

CPF

DATA NASC

Pelo presente instrumento, declaro que fui suficientemente esclarecido pelo Dr. _____ sobre o procedimento de _____, que traumatizam constantemente _____, ao qual será submetido(a) o(a) paciente _____, portadora de _____, da qual sou responsável legal, bem como do diagnóstico, prognóstico, riscos e objetivos do tratamento.

Declaro também que fui informado(a) de todos os cuidados e orientações que devo seguir a fim de alcançar o melhor resultado. Estou ciente que o tratamento não se limita ao procedimento cirúrgico de _____, sendo que deverei retornar ao consultório/hospital nos dias _____ como determinados pelo cirurgião, bem como informá-lo imediatamente sobre possíveis alterações / problemas que porventura possam surgir.

Por este instrumento por mim assinado permito que sejam utilizados os dados e o interrogatório contidos neste documento, além daqueles do prontuário médico para fins de estudos científicos no campo desta especialidade. Declaro que fui perfeitamente informado sobre esse termo e que me foi prometido o sigilo de identidade.

Pelo presente, sendo o responsável pelo(a) paciente _____, manifesto expressamente minha concordância e meu consentimento para realização do procedimento acima descrito.

PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL

Nome (se resp. legal):

Grau de parentesco:

RG:

CPF:

_____, ____ de _____ de _____.

MÉDICO

Nome:

CRM:

TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO:

RG:

NOME COMPLETO:

RG:

1ª via: médico

2ª via: Paciente

3ª via: Prontuário (levar para o Hospital no dia do procedimento).