

**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:

\_\_\_\_\_  
MÉDICO

Nome:

CRM:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**TESTEMUNHAS**

\_\_\_\_\_  
Nome completo:

RG:

\_\_\_\_\_  
Nome completo:

RG:

1ª via: médico

2ª via: paciente

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